



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO
(OOAD) ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**UN ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS QUE VIVEN
CON VIH EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ACAPULCO,
GUERRERO.**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.**

**Presenta:
Dr. Mirko Jozic López Castro**

**Directora de tesis:
Dra. María de los Ángeles Salgado Jiménez**

**No. de registro:
R-2023-1102-006**

Acapulco, Guerrero; febrero 2024



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVO
DESCONCENTRADO (OOAD) ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

UN ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE FACTORES
SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS QUE VIVEN
CON VIH EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ACAPULCO,
GUERRERO.

Directora de tesis:

Dra. María de los Ángeles Salgado Jiménez



Tesista:

Dr. Mirko Jozic López Castro





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1102.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro CO/EP/RS 17 CI 12 061 066
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 12 CEI 002 2018082

FECHA Miércoles, 01 de febrero de 2023

M.C. MARIA DE LOS ANGELES SALGADO JIMENEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Un estudio cualitativo sobre factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH en un hospital de segundo nivel de Acapulco, Guerrero**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional
R-2023-1102-006

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en Junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Salomon García Andrade
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1102

Elaborado

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**"UN ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH EN UN HOSPITAL
DE SEGUNDO NIVEL DE ACAPULCO, GUERRERO".**

No. Registro R-2023-1102-006

Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Rogelio Ramirez Rios

Coordinador Auxiliar Médico de
Educación

Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinadora Auxiliar Médico de
Investigación en Salud

Dra. Teresa Ocampo Renteria

Profesora Titular del Curso de
Especialización en
Medicina Familiar

Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda

Coordinadora Clínica de Educación

LIC. JIMENEZ, MARIA ANGELES
MEDICINA FAMILIAR
CP. 09290700

**Dra. María de los Angeles
Salgado Jimenez**

Directora de Tesis

Un estudio cualitativo sobre factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH en un hospital de segundo nivel de Acapulco, Guerrero.

TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MIRKO JOZIC LÓPEZ CASTRO

AUTORIZACIONES:



DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DEDICATORIA

A mi padre, Guillermo, mi eterno apoyo incondicional, mi guía y orgullo. Gracias por tu cariño y comprensión. Nunca dejaré de celebrar el tiempo juntos, tu paso por la vida y tus enseñanzas, siempre fuiste el mejor guía.

A mi madre, Bianey, mi soporte diario, la llamada que más me anima, el abrazo que más espero, la voz que me cobija. Gracias por todas tus bendiciones y amor.

A ambos por confiar en mí, esto es por y para ustedes con todo mi cariño.

A mi hermana, Neyvi, por estar conmigo y ayudarme a lograr en esta meta.

A mis hermanos, Elfego, Félix y Guillermo, por apoyarme cuando lo necesito.

A todos ustedes gracias por darme lo más bello y valioso que tengo: mi familia.

A la Dra. Ángeles Salgado, por ser mi guía en esta aventura, porque más que ser una asesora se convirtió en una amiga en quien confiar.

A todos mis amigos, que en la distancia o cercanía siguieron creyendo en mí.

Al perrito Mel, que me saca una sonrisa sólo llegar a casa.

Un agradecimiento al Dr. Baltazar Joanico por ayudarme a conocer la metodología cualitativa; y a la Psic. Lizbeth Flores por ayudarme a comprender mejor el comportamiento humano.

ÍNDICE

RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN	11
MARCO TEÓRICO.....	13
Reseña histórica, el VIH en el mundo.....	13
Reseña histórica, el VIH en México.....	14
El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).....	14
Situación epidemiológica mundial del VIH.....	15
Situación epidemiológica nacional del VIH.....	16
Situación epidemiológica del VIH en Guerrero.....	16
Diagnóstico.....	16
Tratamiento antirretroviral.....	17
Adherencia al tratamiento antirretroviral.....	18
ANTECEDENTES CUALITATIVOS	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
JUSTIFICACIÓN.....	29
OBJETIVOS.....	30
Objetivo general.....	30
Objetivos específicos.....	30
HIPÓTESIS	31
Hipótesis nula (H0).....	31
Hipótesis alternativa (H1).....	31
METODOLOGÍA.....	32
Tipo de estudio.....	32
Población.....	32
Lugar donde se desarrolló el estudio.....	32
Tipo de muestreo.....	32
Muestreo.....	32
Tamaño de la muestra.....	32
Criterios de selección.....	32
Descripción general del estudio.....	33
Análisis estadístico.....	35
CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	36
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	41
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	42

RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	44
RESULTADOS CUALITATIVOS.....	53
DISCUSIÓN.....	67
CONCLUSIÓN.....	76
RECOMENDACIONES.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS.....	83

RESUMEN

Título: Un estudio cualitativo sobre factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH en un hospital de segundo nivel de Acapulco, Guerrero.

Objetivo: Identificar los factores asociados a la falta de adherencia terapéutica en pacientes VIH+ del HGR No.1 IMSS Acapulco.

Métodos: Estudio cualitativo fenomenológico y cuantitativo transversal simple. Entre diciembre de 2022 y abril de 2023 se realizó un estudio sociomédico a 53 PVV para identificación de variables sociodemográficas, se aplicó cuestionario SMAQ para medir adherencia y APGAR familiar para funcionalidad; los datos fueron procesados en R para análisis bivariado y Gretl para multivariado. Se registraron 20 entrevistas para toma de datos cualitativos, la información se procesó en ATLAS.it 23 y se agrupó en categorías.

Resultados: En la población de estudio el 50.9% tenía un recuento de CD4 <500 células/ml, 64% mala adherencia terapéutica y 69.8% algún grado de disfunción familiar. Se encontró significancia estadística entre mala adherencia y disfunción familiar (p 0.0134), consumo de drogas (p 0.547), tabaquismo (p 0.562) y conteo de CD4+ <500 células/ml (p 1.02e-0.5). Los pacientes perciben el apoyo familiar y social como facilitadores de la adherencia, las principales barreras fueron relacionadas al estigma interiorizado, las características del TARV y los procesos de atención médica.

Conclusión: Existe relación estadísticamente significativa entre mala adherencia y disfunción familiar, consumo de sustancias y conteo bajo de CD4. El apoyo familiar y social resulta un facilitador de la adherencia, aunque sigue persistiendo el temor al estigma y discriminación.

Palabras clave: VIH, adherencia terapéutica, familia.

ABSTRACT

Title: A qualitative study about sociodemographic factors associated with non-adherence to antiretroviral treatment in people living with HIV in a second level hospital in Acapulco, Guerrero.

Objective: To identify the factors that influence the lack of therapeutic adherence in HIV+ patients at the Hospital General Regional No.1 IMSS Acapulco

Methods: Between december 2022 and april 2023, a sociomedical study was carried out on 53 PLWHIV to identify sociodemographic variables, the SMAQ questionnaire was applied to measure adherence and family APGAR for functionality; Data were processed in R for bivariate analysis and Gretl for multivariate. Twenty interviews were recorded for qualitative data collection, the information was processed in ATLAS.ti 23 and grouped into categories.

Results: In the study population, 50.9% had a CD4 count <500 cells/ml, 64% poor therapeutic adherence, and 69.8% some degree of family dysfunction. Statistical significance was found between poor adherence and family dysfunction (p 0.0134), drug use (p 0.547), smoking (0.562) and CD4+ count <500 cells/ml (p 1.02e-0.5). Patients perceive family and social support as adherence facilitators; the main barriers were related to internalized stigma, ART characteristics, and medical care processes.

Conclusion: There is a statistically significant relationship between poor adherence and family dysfunction, substance use and low CD4 count. Family and social support is a facilitator of adherence, although the fear of stigma and discrimination continues to persist.

Keywords: HIV, therapeutic adherence, family.

INTRODUCCIÓN

Desde los primeros casos reportados en 1983, el virus de la inmunodeficiencia humana se ha expandido por todo el mundo cobrando miles de vidas cada año y registrándose también una cantidad considerable de nuevas infecciones a pesar de la implementación de campañas enfocadas en la prevención y tratamiento oportuno de la enfermedad.

Desde sus inicios, la infección por VIH ha sido considerada un problema de salud pública pues la cantidad de individuos diagnosticados y los cambios socioestructurales que conlleva éste generan gastos enormes al sistema sanitario para tratar la enfermedad y sus complicaciones, así como problemas biopsicosociales en los sujetos afectados y su entorno.

Con el descubrimiento e implementación de la terapia antirretroviral de alta actividad se ha podido controlar la infección hasta volverla una entidad crónica con la que el paciente puede adaptarse a un estilo de vida sin limitaciones y equiparable al de los sujetos sin VIH. La terapia antirretroviral no sólo impide el desarrollo de las complicaciones relacionadas al SIDA, también mejora el estado inmunológico cuando es iniciada en etapas tempranas de la infección, disminuye la creación de reservorios virales y aumenta la esperanza de vida hasta ser similar al de personas que no viven con VIH.

Las políticas de salud pública se han ido adaptando a los cambios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la infección, así en los últimos años, estas políticas se han enfocado en la prevención y tratamiento oportuno, algunas de estas acciones han sido: aumentar la cantidad de información disponible e impactar en toda la población posible, aplicar una mayor cantidad de pruebas de tamizaje para individuos en riesgo, realizar un diagnóstico oportuno, iniciar y mantener la terapia antirretroviral en las personas que viven con VIH, tratar oportunamente las complicaciones y lograr el control virológico en la población tratada.

Las investigaciones señalan que el control virológico permite disminuir la transmisión de la infección por vía sexual hasta ser prácticamente intransmisible, razón por la que se ha llamado a este enunciado: indetectable=intransmisible. Pero para mantener el control viral a niveles indetectables es de suma importancia mantener la adherencia al tratamiento antirretroviral, de ahí la cantidad de estudios enfocados únicamente a ese tema.

La adherencia al tratamiento antirretroviral cobra aún más importancia cuando varios estudios demuestran que en los grupos poblacionales estudiados la mayor parte resulta ser no adherente al tratamiento, con olvidos que van desde

ocasionales hasta la suspensión del TARV por meses o el abandono total del mismo.

Para los investigadores en VIH, la adherencia se ha vuelto un tema central para lograr las metas de la OMS, disminuir el número de nuevas infecciones y prevenir el desarrollo de complicaciones, aunque la mayor parte de la literatura ha hecho uso de la metodología cuantitativa, no es de extrañarse que la cualitativa sea cada vez más aceptada y aporte nuevas perspectivas a la investigación en VIH.

Los estudios cualitativos en relación a la baja adherencia al tratamiento antirretroviral han iniciado nuevas discusiones en el ámbito médico, que se relacionan con aspectos socioculturales y antropológicos, que muestran una nueva forma de tratar al paciente con VIH respetando sus creencias y generando puentes de comunicación para lograr una relación médico-paciente efectiva, segura y confidencial que dé como resultado un apego constante al TARV.

MARCO TEÓRICO

Reseña histórica, el VIH en el mundo.

Los primeros casos de infección por VIH se cree que ocurrieron alrededor de 1920, debido al salto entre especies de un virus similar que infecta a los chimpancés. Los datos disponibles sugieren que la epidemia actual, que acabó extendiéndose por todo el mundo, se inició a mediados de 1970. En junio de 1981, el Centro para el Control y a Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos publicó una serie de casos de una infección pulmonar rara, la neumonía producida por *Pneumocystis carinii* (hoy, *Pneumocystis jirovecii*), en cinco hombres jóvenes homosexuales previamente sanos, en Los Ángeles (1).

En septiembre de 1982 se utilizó por primera vez el término Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA, por sus siglas en español. En enero de 1983, Luc Montagnier identifica el virus que causa la enfermedad y que conocemos desde entonces como VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Ese mismo año se comenzó a utilizar la primera prueba para la detección de anticuerpos contra el virus en sangre.

El año 1987 ocurren dos sucesos importantes en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad: se aprueba la zidovudina como primer tratamiento contra el VIH y se presenta un test de diagnóstico del VIH más sensible, llamado Western Blot.

En 1995 las farmacéuticas presentan y comercializan el primer fármaco inhibidor de la proteasa, una familia de medicamentos que abrió la puerta para la implantación de tratamientos más efectivos y simplificados.

A partir de 2006 se observa una disminución a nivel mundial en el número de muertes por problemas relacionados a la infección por VIH, esto relacionado a la disminución en el número de infecciones y al aumento de personas bajo tratamiento farmacológico.

A partir de 2012 se implementa el uso de antirretrovirales como profilaxis pre-exposición (PrEP), una medida para disminuir el riesgo de transmisión del virus por vía sexual. En 2014 se hace público el enunciado indetectable=intransmisible que, basado en evidencia a lo largo de los años, establece que los pacientes bajo tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable por más de 6 meses no pueden transmitir el virus.

En 2015 el CDC anunció que más del 90% de las nuevas infecciones por el VIH en los Estados Unidos podrían prevenirse mediante el diagnóstico y el tratamiento de las personas que viven con el VIH (1).

Reseña histórica, el VIH en México.

El primer caso registrado de SIDA en México data del año 1983, en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. A partir de entonces inició una serie de medidas encaminadas al control de la pandemia, sin embargo, el desconocimiento de la enfermedad y el estigma relacionado a ello produjo una atención deficiente de los primeros casos.

En el año 1986 el gobierno mexicano creó el Comité Nacional de Prevención del Sida un órgano administrativo cuyo objetivo era elaborar criterios para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la infección por VIH. En 1988 esta entidad fue reemplazada por el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida (Conasida), con la misma finalidad y que en el 2001 se sumaría el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/ SIDA (Censida).

En México, el TARA (tratamiento antirretroviral de alta actividad) fue utilizado desde 1997, aunque solo estaba disponible para los afiliados al IMSS y al ISSSTE, lo cual dejaba sin atención al 50% de las personas que vivían con VIH en ese momento. La falta de cobertura, un manejo inadecuado de las combinaciones, dosis e intervalos, hizo que durante años la eficacia del TARA en México no fuera similar a la de otros países. La exigencia de asociaciones de pacientes y profesionales de la salud fue crucial para conseguir que, en 2003, se estableciera el acceso a antirretrovirales y pruebas de monitoreo clínico de forma universal en el país (2).

Actualmente el cuadro de medicamentos antirretrovirales en el país está compuesto por más de 30 fármacos, lo que permite crear combinaciones con menor cantidad de tabletas, menos efectos secundarios y variados mecanismos de acción con lo que se ha logrado mejorar la adherencia y control virológico.

Otra opción disponible en nuestro medio es la profilaxis pre-exposición (PrEP) y post-exposición (PEP), ambas combinaciones de antirretrovirales que permiten disminuir el riesgo de infección por VIH; la primera para personas con factores de riesgo y la segunda que se oferta posterior a un evento considerado potencialmente infeccioso. Ambas medidas han mostrado ser efectivas para el control de la infección.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus que pertenece a la familia Retroviridae. Hay dos tipos de VIH: VIH-1 y VIH-2. El primero corresponde al virus descubierto originalmente, es más virulento que el VIH-2 y causa la mayoría de las infecciones en el mundo. Las tasas de infección por VIH-2 son más bajas y se limitan casi exclusivamente a los países de África occidental.

Las vías de transmisión identificadas son: vía sexual, sanguínea y de madre a hijo durante el embarazo, parto y/o lactancia.

En ausencia de tratamiento, la infección por VIH evoluciona de la siguiente manera: en la fase aguda por ocurre la replicación progresiva del virus con incremento en la carga viral y un descenso abrupto de la cuenta de linfocitos T CD4+. En forma de respuesta a la fase aguda se desencadena una respuesta inmune que mantiene una fase asintomática caracterizada por una carga viral sostenida y un conteo estable de linfocitos T CD4+, aunque este conteo disminuye de forma progresiva culminando con la aparición de enfermedades oportunistas cuando es menor de 200 cél/mm³.

La infección por el VIH de acuerdo a criterios clínicos se estadifica de la siguiente manera:

Síntomas asociados a la infección por VIH.	Estadio clínico de la OMS.
Asintomático.	1
Síntomas leves.	2
Síntomas avanzados.	3
Síntomas graves.	4

Fuente: Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Secretaría de Salud, 2020.

Clasificación clínica del CDC-Atlanta, 1993 (4):

Linfocitos T CD4:	A - Asintomático, linfadenopatía generalizada o infección aguda por VIH.	B - Sintomático, no A ni C.	C - Condiciones definitorias de SIDA.
>500 cél/mm ³	A1	B1	C1
200-499 cél/mm ³	A2	B2	C2
<200 cél/mm ³	A30	B3	C3

Fuente: Terrazas-Estrada JJ. A 30 años de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Rev Alergia Méx. 2011; 58(4): 205.

Situación epidemiológica mundial del VIH.

ONUSIDA informó en su reporte a nivel mundial de cierre del año 2018 lo siguiente:

- 37.9 millones de personas vivían con el VIH.
- 24.5 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretrovírica (al cierre de junio de 2019).

- 74.9 millones de personas en promedio contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia (al cierre de 2018).
- 1.7 millones de personas contrajeron la infección por el VIH.
- 770 000 mil personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.
- En 2018 se produjeron 1.7 millones de nuevas infecciones por el VIH.
- Desde el año 2004, los casos de defunciones relacionadas con el SIDA se han reducido en más de un 56%.
- Para América Latina se estimó que 1.9 millones de personas vivían con VIH, de las cuales 1.2 millones tenían acceso a tratamiento; así como 35 000 defunciones relacionadas con el VIH (3).

Situación epidemiológica nacional del VIH.

A partir del primer caso registrado y hasta el 31 de diciembre de 2019 se han notificado 306 277 casos de VIH y SIDA.

Hasta el 2019, del total de casos registrados 96.0% correspondían a la vía sexual, 2.4% a la vía sanguínea y 1.6% a la vía de transmisión perinatal.

En lo referente a mortalidad, en el 2018 se registraron 4 995 defunciones, con una tasa de mortalidad de 4.0 por 100,000 habitantes. En el grupo de edad de 25 a 44 años se registraron 2 937 defunciones, con una tasa de mortalidad de 7.9. En cuanto a la distribución por sexo 4 143 defunciones ocurrieron en hombres, con una tasa de mortalidad de 6.8 y en mujeres ocurrieron 852 defunciones, con una tasa de mortalidad de 1.3. La razón hombre: mujer fue de 5 defunciones en hombres por cada mujer (3).

Hasta el 2018, los estados con mayores tasas de mortalidad por cada 100 mil habitantes eran Colima, Quintana Roo y Tabasco.

Situación epidemiológica del VIH en Guerrero.

Desde la detección del primer caso de VIH en 1983 y hasta el año 2021 se tiene registro de un total de 13 575 personas diagnosticadas con el virus en el estado de Guerrero, de los cuales 3 383 eran mujeres y 10 192 hombres. Para el año 2021 se registraron un total de 542 nuevas infecciones respecto a las 432 reportadas en el año 2020. Del total de nuevas infecciones, 446 eran sujetos del sexo masculino y 96 de sexo femenino (5).

Diagnóstico.

Para realizar el diagnóstico de la infección por el virus del VIH en forma adecuada y oportuna, el primer paso es la prueba de tamizaje. El resultado de esta prueba conduce a la implementación de una serie de intervenciones, como realizar una

adecuada vigilancia epidemiológica, evitar la rápida progresión de la enfermedad en la persona y el control del tratamiento antirretroviral, entre otras.

Para la identificación de la infección se pueden utilizar métodos indirectos como la identificación de anticuerpos contra las partículas virales o métodos directos que detectan el virus, sus antígenos o su material genético.

La población con mayor riesgo de adquirir la infección por VIH son los hombres que tienen sexo con hombres, personas trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes, personas trans y personas que se inyectan drogas intravenosas (3).

Se confirma el diagnóstico de la infección por VIH cuando en una muestra sanguínea o tisular se hay presencia de antígenos del VIH mediante pruebas reconocidas por el Instituto de Referencia y Diagnóstico Epidemiológico (InDRE).

Tratamiento antirretroviral.

A partir de 1998, la Secretaría de Salud estableció un programa de acceso al tratamiento antirretroviral para las personas que viven con VIH. En 2003, en nuestro país se logró alcanzar el acceso universal al tratamiento antirretroviral y en 2019 se implementa la Estrategia de Triple Optimización de Tratamiento Antirretroviral la cual trata de evitar el desarrollo de resistencias y promueve el uso de esquemas de tratamiento coformulados en una sola tableta para mejorar la adherencia y disminuir la presentación de efectos secundarios e interacciones medicamentosas.

El inicio del tratamiento antirretroviral (TAR) está recomendado para todas las personas que viven con VIH, independientemente del conteo de linfocitos T CD4, la presencia de síntomas e, idealmente, debe iniciarse lo más pronto posible posterior al diagnóstico.

El VIH produce morbilidad y mortalidad por tres vías: inmunodeficiencia, daño directo a órganos blanco y daño a estos órganos por la inflamación crónica producida por el virus. Los estudios realizados muestran que:

- En cualquier etapa de la infección, el VIH activo puede dañar al organismo.
- La terapia antirretroviral es benéfica aún iniciada en etapas avanzadas, sin embargo, la terapia tardía puede no reparar el daño producido por la replicación viral persistente que ocurrió durante las fases tempranas.
- La terapia que se inicia de manera temprana puede evitar el daño en las fases iniciales de la infección.
- Ahora se cuenta con evidencia que demuestra que iniciar la terapia antirretroviral con una cuenta de linfocitos T CD4+ por encima de las 500 células/mm³ ofrece un beneficio en términos de la reducción en la incidencia de los eventos graves relacionados a SIDA, de los no relacionados a SIDA y de la mortalidad por cualquier causa (6).

Una carga viral alta es el principal factor de riesgo para transmitir el VIH y el uso de terapia antirretroviral reduce significativamente la viremia. El uso de TARV puede causar una reducción en la incidencia y, en última instancia, la prevalencia de la infección por el VIH. Brindar terapia antirretroviral a todos los pacientes con VIH podría ser una intervención de salud pública muy beneficiosa.

Adherencia al tratamiento antirretroviral.

Berlant y Pruitt definen la adherencia terapéutica como “la frecuencia, intensidad o exactitud aceptable de conductas específicas, dadas las circunstancias, que están asociadas con la mejoría en los resultados clínicos”. Estos autores mencionan que la adherencia está influida por una multiplicidad de factores relacionados con el paciente, con el proveedor de servicios de salud y con los niveles de la organización encargada del cuidado de la salud. La falta de adherencia tiene un impacto negativo para la familia, las personas y los países. Entre algunas de sus consecuencias se encuentran el ausentismo laboral, la discapacidad, la muerte prematura, los gastos en el propio tratamiento, la viudez y la orfandad (7).

La baja adherencia a los tratamientos para el VIH/SIDA ha sido reportada en los últimos años como un problema de salud pública a nivel mundial. Debido a su alarmante magnitud sigue siendo un reto para los profesionales de la salud y los científicos sociales.

Si bien la mayoría de estos esfuerzos se han enfocado en la baja adherencia a los tratamientos antirretrovirales y en la identificación de factores asociados a ésta, existe un interés creciente por la exploración de la adherencia y los aspectos no-farmacológicos del tratamiento para el VIH/SIDA. Dichos aspectos incluyen la actividad física, la alimentación, el manejo de estados emocionales, evitar la ingesta de alcohol, el tabaquismo y el uso de sustancias psicoactivas y adoptar medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS).

En la práctica clínica y en las investigaciones se hace un llamado recurrente a reforzar las recomendaciones en torno a la toma de medicamentos antirretrovirales y la asistencia a las citas médicas. Es importante recalcar que el control del VIH/SIDA no depende exclusivamente de estos factores. La adherencia a aspectos no-farmacológicos relacionados con cambios en los estilos de vida aumenta la eficacia del tratamiento y disminuye la posibilidad de resistencia a los medicamentos, la reinfección, la adquisición de otras ITS y la transmisión del virus a otras personas. Asimismo, contribuye a un mejor estado de salud y al bienestar general (8).

ANTECEDENTES CUALITATIVOS

Para acabar con el SIDA, se requiere un acceso al tratamiento de por vida y sin interrupción. La falta de adherencia priva al usuario de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos médicos y por eso su determinación constituye una herramienta que permite hacer un pronóstico favorable o no de los resultados a esperar.

En 2020, Contreras-Jara y cols. realizaron un estudio en Chile, aplicando el cuestionario *SMAQ* a 22 sujetos bajo tratamiento antirretroviral demostrando que el 77.3% de los participantes no era adherente. Los mismos autores señalan que en los pacientes hubo olvidos en la toma de la medicación, incumplimiento al horario indicado y suspensión del tratamiento al sentirse mal. Destaca además que menos de un tercio olvidó tomar alguna dosis una a dos veces por semana, pero más de la mitad olvidó entre 1 y 8 días completos tomar la medicación (9).

Muñoz-Martínez realizó un estudio de tipo cualitativo en Ecuador durante el año 2018; a partir de sus entrevistas se documentaron tres tipos de factores que inciden en la falta de adherencia al TARV: económicos, culturales y sociales. Los económicos relacionados al desplazamiento a los centros de atención médica y a la obtención de permisos laborales para asistir a seguimiento médico. Culturalmente se relacionaban a una mala relación médico-paciente en el contexto del estigma y discriminación, aspectos religiosos y la cultura organizacional de los hospitales. En el ámbito social se hizo evidente la limitación de capital social de las PVV y/o su familia por relaciones sociales mediadas por el estigma, las familias también temen ser discriminadas, como unidad doméstica, por asociación en la comunidad con la persona VIH positiva (10).

El mismo autor anterior describe a partir de una investigación etnográfica realizada en Ecuador entre los años 2014 y 2015 que uno de los problemas centrales identificados que las personas que viven con VIH (PVV) casi no acuden a las unidades de primer nivel de atención y esto provoca la saturación de los hospitales de segundo nivel. En el primer nivel, el débil desarrollo de la atención sensible a esta problemática en términos de insumos, competencias técnicas y lucha contra la estigmatización, coadyuva en la masificación del hospital y en la dificultad de las PVV para acudir desde su lugar de residencia (11).

En el estudio titulado “El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida”, realizado por García-Peña y Ángel-Tobón y publicado en el año 2020 participaron ocho personas (una mujer y siete hombres) residentes de la ciudad de Medellín, las edades de los encuestados iban de entre los 30 y 55 años, en ellos se trabajaron las historias de vida, en cuyos relatos se sugiere que la adherencia terapéutica no es exclusivamente un asunto personal. De esta manera la adherencia terapéutica

cobra gran importancia al tener que ser considerada como un fenómeno integral de carácter físico, psicológico, social y ambiental. La adherencia al TARV está en gran medida determinada por las emociones, como la esperanza en mejorar la salud, de esta forma el medicamento adquiere un significado vital, sin embargo, si estos hábitos se ven afectados por factores externos como la falta de medicación en las instituciones de salud, o por factores internos como un descuido personal, se incrementa la incertidumbre y la ansiedad (12).

Entre 2010 y 2011, Santoro y Conde realizaron una serie de entrevistas en varias ciudades españolas para investigar los tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH, encontrando que los problemas que interfieren en ella van desde una administración incorrecta de las tabletas hasta el abandono del TARV. Santoro y Conde atribuyeron las conductas no adherentes de los entrevistados a la incomprensión u olvido de las indicaciones médicas, ocultamiento del diagnóstico por probable estigma y sus consecuencias, el miedo a efectos secundarios de la medicación, autoinfligirse un daño y dificultades de acceso al tratamiento (13).

La metodología cualitativa también fue utilizada en Colombia por Estrada y cols. quienes en 2018 realizaron una investigación etnográfica, donde trabajaron con las historias de vida de 10 hombres que viven con VIH. Sus entrevistas revelan que en aquellos casos de no adherencia al tratamiento existe una contradicción entre las percepciones de los pacientes y el personal de salud: mientras que para los primeros suspender la ingesta de tabletas significa recuperar capacidades vitales perdidas, para los segundos significa una mayor replicación viral y un menor conteo de linfocitos T CD4 (14).

En el año 2019, Lazo-Guerrero realizó un estudio cualitativo en cinco adultos seropositivos a VIH, habitantes de la ciudad de Juigalpa Chontales en Nicaragua, hizo uso la entrevista a profundidad, describiendo de acuerdo a las mismas que posterior al diagnóstico los pacientes experimentan sensaciones de inseguridad, sorpresa, enojo, culpa y confusión; relataron también haber sido víctimas de estigma y discriminación. La familia influye de forma positiva en la autoestima y la confianza, lo que favorece la revelación del diagnóstico y un sentimiento de bienestar (15).

Radusky y Mikulic investigaron el impacto emocional del diagnóstico de VIH en habitantes de Buenos Aires durante el año 2018. A partir de entrevistas realizadas a 15 personas describen tres grupos de emociones relacionadas al diagnóstico, el primer grupo con ánimo deprimido, el segundo con emociones ansiosas y el tercer grupo con emociones relacionadas a valores morales, principalmente vergüenza y culpa (estigma interiorizado). Por el contrario, algunos entrevistados refirieron sentimientos positivos, estos estaban relacionados primero, al panorama actual del VIH, con tratamientos simplificados y eficaces y, segundo, por el conocimiento que tenían sobre la enfermedad lo que favorece la aceptación y mejora la calidad de vida (16).

Como se evidencia en el estudio anterior, el diagnóstico de VIH conlleva cambios en la percepción del futuro y en la vida de cada paciente, por ejemplo, en 2018 el estudio de cualitativo de Bran-Piedrahita y cols. basado en la entrevista semiestructurada a 13 PVV demostró que el diagnóstico produce cambios sociales y económicos para la persona. Estos cambios provocan que los pacientes se cuestionen a sí mismos principalmente de forma negativa, por el rechazo histórico de la enfermedad. Socialmente se generan cambios en sus círculos sociales provocando rechazo de sus redes de apoyo. En cuanto a los económico representa una barrera la poder obtener un trabajo, además de los gastos generados por los efectos médicos y psicológicos de la infección (17).

Como se ha demostrado la importancia de conocer los aspectos psicosociales relacionados al diagnóstico de VIH serán siempre de gran relevancia para evaluar la consiguiente adherencia al tratamiento, de ahí surge la importancia de continuar realizando estudios cualitativos que nos hagan conocer las causas de la baja adherencia terapéutica de algunos pacientes.

Valle-Espín y cols. realizaron un estudio mixto en 2018, aplicando cuestionarios para valorar aspectos demográficos, sociales y calidad de vida a 85 pacientes seropositivos de Babahoyo, Ecuador. De acuerdo a sus resultados describen que el 45% de los estudiados no era adherente al TARV, el 51% recibió algún tipo de maltrato psicológico posterior al diagnóstico, 80% se sintió discriminado en algún momento, el 23% experimento ideas de suicidio y sólo el 19% percibía siempre un adecuado apoyo familiar (18).

El uso de intervenciones psicoeducativas podría mejorar los aspectos emocionales relacionados a la no adherencia, un ejemplo de ello es la aplicación de la metáfora del reloj de arena por Neria y cols. a 11 hombres que VIH positivos de la Ciudad de México en 2020, realizando seguimientos bioquímicos a las 8 y 12 semanas después de la intervención mencionada que consiste en la explicación, durante 30 minutos de los aspectos relacionados al VIH, al TARV y el autocuidado de los pacientes que viven con VIH. De acuerdo a sus resultados se demostró que posterior a la intervención todos los pacientes se clasificaron como adherentes (de acuerdo a cuestionarios SMAQ y CASTA), lograron la indetectabilidad y un aumento en el conteo de CD4 que persistieron después de 12 semanas de seguimiento (19).

Desde el inicio de la pandemia de VIH las personas homosexuales han sido las más afectadas por esta infección, situación que puede condicionar múltiples problemas para lograr la adherencia terapéutica adecuada para el control de la enfermedad al ser pacientes doblemente discriminados en las sociedades de países en vías de desarrollo.

Radusky y Mikulic en 2019 investigaron la percepción de estigma entre hombres homosexuales y VIH positivos de Buenos Aires, quienes relataron experiencias de

estigma y discriminación que se agruparon en categorías relacionadas a la pareja, familia, amistades y al trabajo. Algunas de las experiencias fueron vividas por ellos mismos, mientras que otras se experimentaron de forma indirecta al enterarse de las vivencias de otros o al ser testigos de estas conductas socialmente negativas (20).

El diagnóstico positivo a VIH no siempre implica malas noticias, como lo demuestra Radusky y colaboradores, quienes en 2020 realizaron un estudio cualitativo donde demostraron los cambios positivos posteriores al diagnóstico, después de la realización de entrevistas semiestructuradas a 14 hombres homosexuales de Buenos Aires. Entre las experiencias positivas relatadas se mencionaron haber fortalecido sus relaciones con personas cercanas, siendo sus relaciones más profundas y enriquecedoras que antes del diagnóstico, también cambios positivos respecto a la percepción personal al conocerse más fuertes y capaces de lidiar con las dificultades relacionadas al VIH (21).

Arévalo-Mora estudió en 2019 la experiencia de mujeres violentadas y VIH positivas en Bogotá, Colombia, resaltando que el diagnóstico era un factor relacionado con la violencia de pareja, en algunos casos además de mencionar la violencia psicológica (más común) también se presentaba violencia física y sexual (22).

En un estudio mixto con diseño secuencial publicado en el año 2021 sobre factores relacionados con la adherencia al TARV en mujeres, realizado en España, se evidencia que los principales factores interpersonales que inciden negativamente son el escaso apoyo social y familiar, el autoestigma y el estigma sociofamiliar percibido. El apoyo social familiar puede ser un factor que contribuya al tratamiento si es positivo (23).

Utilizando la metodología cualitativa, en Chile durante 2017, Belmar y Stuardo describieron una investigación sociocultural al apego al TARV entrevistando a 16 mujeres. El estudio mostró que la adherencia en mujeres está íntimamente relacionado al estigma percibido con el VIH, la discriminación por parte de otras personas y el autoestigma. El ser mujer y ser diagnosticada con VIH ha sido de doble discriminación según los relatos de las entrevistadas (24).

En un estudio cualitativo publicado en 2020 en Indonesia, se entrevistaron 13 pacientes con VIH para investigar las experiencias de vida de estas personas, encontrando seis grandes rubros de las experiencias de vida relacionados a la terapia antirretroviral. Estos rubros fueron: conocimiento, automotivación, apoyo social, habilidades para el manejo de la enfermedad, adherencia y calidad de vida; todos ellos elementos que cuando son positivos ayudan a favorecer la adherencia terapéutica y que cuando se presentan de forma negativa funcionan como una barrera para la misma (25).

Engler y cols. se propusieron identificar las barreras para la adherencia al tratamiento antirretroviral en países desarrollados, utilizando la metodología cualitativa, publicando en 2018 los resultados de su investigación. Los investigadores agruparon en 6 categorías las barreras identificadas en las entrevistas realizadas:

- Aspectos cognitivos y emocionales: afecto inadecuado, creencias y falta de aceptación, motivación y conocimientos.
- Factores de estilo de vida: las demandas de la vida diaria y temas organizacionales, uso de sustancias.
- Características de la terapia antirretroviral: efectos secundarios, instrucciones difíciles de entender o seguir y malas condiciones físicas.
- Sistema y servicios de salud: malas relaciones médico-paciente, temas relacionados a las clínicas de VIH, sistema de salud, farmacias y seguro médico.
- Estado y experiencias de salud: monitoreo corporal, manifestaciones del VIH y salud en general, comorbilidades.
- Contexto social y material: interacción social, relaciones y apoyo deficientes, estigma e insuficiente conocimiento del VIH, cambios materiales y estructurales posteriores al diagnóstico (26).

En contraparte, en una investigación publicada también en 2018 y realizada por Galea y cols. se identificaron las barreras que perciben los adolescentes con VIH habitantes del Perú. Las barreras identificadas fueron las experiencias emocionales negativas, la desinformación, falta de recursos económicos y el antecedente de efectos adversos de los antirretrovirales. Los facilitadores descritos fueron los planes a futuro y las estrategias implementadas para recordar la ingesta de tabletas (27).

En 2019 se publicó un estudio cualitativo realizado en comunidades africanas y del caribe en el Reino Unido para identificar la percepción de barreras para la adherencia al tratamiento ARV. En este estudio se identificaron dudas sobre la necesidad del tratamiento antirretroviral, la primera barrera es que aquellos pacientes asintomáticos creen que por no tener síntomas no tienen un problema de salud y, por ende, no hay necesidad de tratamiento, también se identificaron creencias fatalistas sobre el VIH, creencias relacionadas con el estigma y la vergüenza, conflictos entre los roles de Dios y la medicina (algunos pacientes creen que el VIH será curado por su Dios), dudas sobre la efectividad del tratamiento y la disminución de la calidad de vida relacionada a los efectos secundarios (28).

En otra investigación cualitativa realizada en Uganda por Bukenya y cols. entre septiembre de 2015 y abril de 2016 y cuyos resultados fueron publicados en 2019, se identificaron diversas causas de no adherencia entre pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral. De acuerdo a las entrevistas aplicadas los investigadores describen que la pobre adherencia al tratamiento antirretroviral estaba relacionada

a: tener que desplazarse para trabajar o para hacer actividades sociales, el estigma, recibir poca o nula educación para la terapia ARV continua, el historial de consumo de alcohol y uso de medicinas alternativas para el VIH, los efectos secundarios al tratamiento ARV, la fatiga al tratamiento, las creencias religiosas principalmente que Dios puede curar el VIH y la inseguridad alimentaria (29).

En una revisión de estudios cualitativos relacionados a la adherencia al tratamiento antirretroviral realizada por Vervoort y colaboradores no solo se confirman los factores que han sido encontrados en estudios cuantitativos previos, también se proporcionan explicaciones sobre cómo varios de estos factores influyen sobre la adherencia. Estas explicaciones pueden ser usadas para diseñar intervenciones específicas para la situación de cada paciente. Entre los factores encontrados relacionados con la mala adherencia al TARV destacan el apoyo social deficiente, la desmotivación, el uso de drogas, los efectos secundarios de los medicamentos y las características de los sistemas de salud (30).

En una investigación iraní, realizada a reclusos de una prisión de la ciudad de Karaj, Alborz, Irán; se estudiaron a partir de un enfoque cualitativo las barreras de la adherencia al TARV, encontrado factores que fueron agrupados en cuatro diferentes categorías:

- Factores médicos: efectos secundarios del tratamiento antirretroviral, interrupción del tratamiento, el rol de las condiciones físicas y los niveles de CD4, accesibilidad a medicinas complementarias.
- Factores sociales: estigma, el rol de la relación médico-paciente.
- Factores psicológicos: depresión, ansiedad y decepción.
- Otros: condiciones de la prisión, educación, factores neurocognitivos y los relacionados al uso de sustancias (31).

Los estudios cualitativos se han vuelto de gran utilidad para el estudio de la falta de adherencia en todo el mundo, como el realizado en Botsuana por Madiba y Josiah y publicado en 2019, en su estudio se describe que el miedo al estigma y la discriminación fue una de las más grandes barreras a la adherencia. El estigma percibido afectó el tiempo para tomar la medicación y las visitas a la clínica para el surtimiento del ARV. El hogar como un ambiente de apoyo fue uno de los principales facilitadores para la adherencia y el apoyo fue el motivador más fuerte de los adolescentes para adherirse y mantener los chequeos en las clínicas (32).

En un estudio realizado en Brasil en el año 2019 se encontró que la prevalencia de no adherencia fue del 28.4%, como también se describieron asociaciones significativas con las siguientes variables: edad menor de 35 años, tabaquismo, estilo de vida sedentario, falta de medicamentos y la falta de conocimiento acerca del estado de VIH de los pacientes de parte de la pareja o la familia (33).

Existen también estudios sobre factores predictores de la adherencia al TARV que pueden evaluarse desde la consulta inicial para determinar el riesgo de baja adherencia o abandono del tratamiento tales como: ansiedad, cambios en la rutina diaria, expectativas positivas al futuro, conocimientos sobre el TARV, tabaquismo, abandono después de la pérdida del sentimiento de bienestar. También resulta de importancia evaluar algunos factores socioeconómicos como la pobreza, el tiempo de traslados, especialmente en aquellos pacientes que residen en áreas rurales, el tamaño y la funcionalidad de la familia, así como los factores relacionados a la terapia como efectos secundarios y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico (34).

En un estudio cualitativo fenomenológico realizado en Honduras por Villalvir et al. y durante el año 2019 aplicando una entrevista a 9 personas seropositivas, se pudo establecer una relación entre la mala adherencia terapéutica y los sentimientos de tristeza, el rechazo de la medicación y el culpar de otros de su estado de salud también mostró importancia entre las personas no adherentes. Aquellos que refirieron alegría a la toma del ARV fueron también los que presentaron mejores conductas adherentes. De acuerdo a lo anterior se sugiere que además de la atención médica, la valoración por psicología también puede ser de gran utilidad para mejorar la adherencia (35).

En el ámbito nacional la metodología cualitativa es menor comparada con el número de estudios que se realizan en otros países, sin embargo, no por eso es inexistente y a continuación se describen algunas investigaciones realizadas en algunas ciudades de nuestro país, así como los resultados obtenidos en dichos estudios.

En un estudio mixto, cuyo apartado cualitativo se basó en entrevistas semiestructuradas aplicadas a 12 hombres que tienen sexo con hombres residentes y usuarios de instituciones públicas de salud de la Ciudad de México, se demostró que el antecedente de haber sido discriminado o el miedo de serlo en el futuro hace que los pacientes oculten su diagnóstico obstaculizando la adherencia al TARV, esta situación coincide con el apartado cuantitativo que reveló que aquellas personas que ocultan su diagnóstico tienen más riesgo de mala adherencia (OR 2.33) (36).

Otra investigación que tuvo lugar en la Ciudad de México y realizada por Ortíz-Hernández et al. se interrogaron experiencias de homofobia y se relacionaron con la falta de adherencia al TARV en 340 HSH. De acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación de un instrumento creado y validado por el mismo autor entre el 14% y 33% reportaron haber sido víctimas de discriminación y entre 41% y 60% de violencia. Cuando los entrevistados refirieron ser víctimas de ambas situaciones, el riesgo de mala adherencia fue mayor comparado con aquellos que sólo habían experimentado una de ellas. El bajo apoyo social percibido también mostró significancia estadística (37).

En 2018 Plascencia de la Torre y cols. realizaron en Guadalajara un estudio transversal tratando de describir aspectos psicosociales que pudieran predecir la falta de adherencia al TARV, a partir de una muestra de 25 PVV y utilizando los cuestionarios de adherencia al tratamiento para el VIH-SIDA [CAT-VIH] y el de factores relacionados con la adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA (CFR-AT VIH) describen que solo el 60% de los encuestados tenía adecuada adherencia al momento de la investigación, lograron identificar que la adherencia correlaciona de negativamente con el estrés, la depresión y la percepción de apoyo social, estas situaciones también pueden ser consideradas factores predictores de no adherencia (38).

En la ciudad de Puebla en el año 2017 Gutiérrez-Gabriel y cols. realizaron un estudio para conocer los aspectos psicológicos que se relacionaran con una mala adherencia al TARV, a partir de una metodología transversal analítica entrevistaron 160 pacientes utilizando como instrumentos los cuestionarios “Medical Outcome Study Short Form” (MOS SF-36) y VPAD-24; describiendo que evitar las emociones depresivas ($p < 0.000$) y la ausencia de adicciones ($p < 0.000$) tenían una asociación estadística con la buena adherencia al tratamiento (39).

Con el objetivo de conocer la magnitud de la mala adherencia al TARV y los factores asociados a ella en pacientes del estado de Tamaulipas, Peñarrieta y cols. realizaron un estudio de tipo transversal a 117 pacientes entre junio de 2006 y octubre de 2008. Utilizando como instrumentos los el test de creencias frente al tratamiento antirretroviral de alta efectividad, la escala de depresión de Zung y el “funcional social support questionnaire (FSSQ)” describen que los factores identificados en la no adherencia son no guardar el medicamento en un lugar específico, la mala percepción de su estado de salud y considerar difícil el manejo de su tratamiento. (40).

Para la investigación realizada en el estado de Guerrero tenemos que remontarnos al 2016 cuando Salgado-Jiménez y cols. realizaron un estudio de tipo transversal en Acapulco, aplicando a 167 personas los cuestionarios “Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-VIH)” y SMAQ. Demostrando en esa población que el 49% de los estudiados no tenían una adecuada adherencia al TARV y solo la edad menor de 40 años mostró significancia estadística (41).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH en México, desde 1983 y hasta el fin de 2021 se han notificado un total de 331 437 casos de VIH en todo el territorio nacional, de los cuales 15 793 fueron notificados sólo en el año 2021, lo cual representa un aumento considerable respecto al año 2020 donde sólo fueron notificados 9 707 casos (3).

En el estado de Guerrero históricamente se han notificado 13 575 casos desde 1983 hasta 2021, de los cuales 542 casos fueron notificados en el año 2021, de ellos 446 corresponden a pacientes del sexo masculino y solo 96 al sexo femenino (5).

La infección por VIH continúa siendo un problema de salud pública en nuestro país, a pesar de las políticas de prevención implementadas desde inicios del nuevo milenio. El fracaso de estas políticas se ha relacionado a diferentes factores como el bajo nivel socioeconómico de la población, el desconocimiento de la enfermedad, los efectos secundarios relacionados al tratamiento, el estigma y la discriminación de las personas que viven con VIH, así como el desabasto de medicamentos y los problemas para acceder a los servicios de salud.

En Guerrero el número de nuevas infecciones por VIH se mantiene y en algunos años aumenta por lo que se deben reforzar las medidas de prevención en toda la población, en especial de los llamados grupos de riesgo. Una de las medidas para el control de la infección es lograr y mantener la adherencia terapéutica en pacientes que viven con VIH y de esta manera lograr el control viral, disminuyendo el riesgo de transmisión sexual a otras personas.

La clínica de VIH, dependiente del servicio de medicina interna del Hospital General Regional No.1 "Vicente Guerrero" del Instituto Mexicano del Seguro Social brinda atención integral a aproximadamente 1900 pacientes con el diagnóstico de VIH (al término de 2021) de todo el estado de Guerrero, al ser el único centro de referencia para la atención del VIH en derechohabientes del IMSS la población es muy variada.

La implementación de estudios para valorar la adherencia terapéutica entre los pacientes de la clínica de VIH del IMSS Acapulco puede beneficiar a su población tratada, ayudando a detectar los principales problemas de adherencia y los factores relacionados con ella.

El uso de la metodología cualitativa puede ayudar a identificar situaciones relacionadas con el pensar y sentir de la población estudiada, al ser Guerrero un estado pluricultural cada paciente es un mundo de sentimientos y pensamientos que merecen ser estudiados y escuchados. Los estudios cualitativos pueden ayudar a la implementación de intervenciones educativas que favorezcan la sensibilización de

los pacientes con diagnóstico de VIH y se logre una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral.

A partir de lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación: *¿cuáles son los principales factores sociodemográficos relacionados a la falta de adherencia al tratamiento ARV?*

JUSTIFICACIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana sigue siendo un problema de salud pública en México, siendo el estado de Guerrero uno de los estados que concentran el mayor número de casos registrados.

La información disponible sobre el control y prevención de la infección hace hincapié en lograr y mantener la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral, ayudando así al control virológico y disminuyendo el número de nuevas infecciones.

Para lograr la adherencia terapéutica adecuada diversas investigaciones se han puesto en marcha en todo el mundo, describiendo grupos poblacionales generales de una ciudad o específicos como hombres que tienen sexo con hombre o mujeres víctimas de violencia, a pesar de ello, la investigación sobre la adherencia al TARV en nuestro país ha sido escasa e insuficiente para lograr dilucidar las problemáticas que afectan a nuestra población.

Si el número de investigaciones sobre el tema en nuestro país es poca, en el estado de Guerrero es casi nula, tendremos que remontarnos hasta el año 2016 cuando se investigó sobre la calidad de vida y los factores que se asociaban a la no adherencia al TARV, precisamente en la clínica de VIH del Hospital General Regional No.1 "Vicente Guerrero" en Acapulco.

Desde ese año, las recomendaciones sobre el tratamiento y la adherencia al mismo han cambiado, lo cual hace necesaria la investigación sobre cuáles son los factores que condicionan la falta de adherencia al tratamiento.

Históricamente la población en cuestión nunca ha sido evaluada por un enfoque cualitativo lo que permitiría al equipo tratante conocer los pensamientos, sentimientos y creencias de los pacientes que acuden a la clínica de VIH, ayudando así a la implementación de intervenciones educativas, mejorando la relación médico-paciente y favoreciendo la aceptación de la enfermedad y del tratamiento antirretroviral.

OBJETIVOS

Objetivo general.

- Identificar los factores que influyen en la falta de adherencia terapéutica de pacientes diagnosticados con VIH del Hospital General Regional No.1 "Vicente Guerrero" en Acapulco.

Objetivos específicos.

- Determinar los tipos de problemas en la adherencia terapéutica que mencionan las personas con VIH.
- Analizar las razones, motivaciones y significados que los pacientes con VIH relacionan con sus conductas de pobre adherencia al TARV.
- Discutir las nuevas tendencias que sean detectadas en cuanto a los procesos de no adherencia al tratamiento antirretroviral.
- Asociar la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral con la disfunción familiar.
- Relacionar la adherencia terapéutica con el conteo de leucocitos CD4 en pacientes con infección por VIH.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula (H0).

La mala adherencia terapéutica estará relacionada a la disfunción familiar.

Hipótesis alternativa (H1).

La buena adherencia terapéutica estará relacionada a la buena funcionalidad familiar.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio.

Mixto (cuantitativo transversal simple y cualitativo fenomenológico).

Población.

Pacientes con diagnóstico de infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana adscritos a la clínica de VIH del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” del IMSS, Acapulco, Guerrero.

Lugar donde se desarrolló el estudio.

Clínica de VIH del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” del IMSS, Acapulco, Guerrero.

Tipo de muestreo.

No probabilístico intencional.

Muestreo.

Por conveniencia.

Tamaño de la muestra.

En la investigación cualitativa no está definida una fórmula matemática que sugiera la cantidad necesaria para la realización del estudio, de acuerdo al método elegido y las técnicas empleadas el investigador recolecta los datos y el número de participantes puede variar siempre y cuando se cumpla con el objetivo de llegar a una saturación teórica que permita explicar y relacionar las situaciones estudiadas.

Criterios de selección.

❖ Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico confirmado de infección por VIH y en tratamiento antirretroviral por al menos 6 meses, adscritos a la clínica de VIH del HGR No. 1 “Vicente Guerrero” del IMSS, Acapulco, Guerrero.
- Pacientes con al menos dos determinaciones de linfocitos T CD4+ y carga viral de VIH en el laboratorio institucional.
- Pacientes con edad igual o mayor a 18 años.
- Contar con expediente clínico electrónico.
- Pacientes que autoricen su participación por medio de un consentimiento informado.

❖ **Criterios de exclusión:**

- Pacientes sin expediente clínico electrónico o que esté incompleto.
- Pacientes con alteración de sus capacidades mentales o disminución de su capacidad cognitiva.
- Pacientes sin tratamiento antirretroviral.
- Pacientes con menos de 2 determinaciones de linfocitos T CD4+ y carga viral de VIH en el laboratorio institucional.
- Pacientes que no autoricen su participación por medio de un consentimiento informado.

❖ **Criterios de eliminación:**

- Pacientes en cuyas entrevistas no se responda a la totalidad de preguntas planteadas.

Descripción general del estudio.

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico y cuantitativo transversal simple en la Clínica de VIH del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” del IMSS de la ciudad de Acapulco, Guerrero, durante el periodo de diciembre de 2022 a abril de 2023. Con el objetivo de identificar y comprender los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral y su relación al conteo de linfocitos CD4.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema, logrando determinar la importancia que existe en identificar y describir las conductas no adherentes y su relación con aspectos psicosociales y del entorno del paciente, así como la importancia de la metodología cualitativa para la determinación de las mismas.

Se solicitó por escrito permiso a través de una carta de no inconveniente (anexo 1) para la obtención de la información sobre la población derechohabiente con diagnóstico de VIH que acuden a consulta a la clínica de VIH del HGR No.1 “Vicente Guerrero” del IMSS en Acapulco, Guerrero.

Una vez obtenida la autorización por parte del Comité de Investigación, se procedió de manera ordenada y respetando los lineamientos éticos, a recolectar la información.

Para la recolección de datos, a cada participante de este estudio se le explicó de forma detallada el motivo de este estudio, aclarando dudas y respetando la decisión de no participar en esta investigación, se entregó una carta de consentimiento informado (anexo 2) por escrito. Posteriormente se realizó una entrevista individual, junto con el personal de trabajo social utilizando un guion semiestructurado sobre datos sociodemográficos, edad en años, sexo (masculino o femenino), estado civil,

ocupación, escolaridad, etc. y se investigó a modo de entrevista cuáles son las causas que ellos relacionan con su falta de adherencia terapéutica.

Los pacientes a quienes se les aplicaron dichos instrumentos se seleccionaron de forma aleatoria siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión. Se revisó el expediente clínico electrónico y el historial de resultados de laboratorio para tomar los valores de leucocitos CD4 y para corroborar los datos clínicos del paciente.

En total, 53 pacientes otorgaron su consentimiento para participar en esta investigación, a todos ellos se les realizó un estudio social médico para valorar las características sociodemográficas, clínicas y familiares con los instrumentos antes mencionados. Posteriormente se realizó una entrevista semiestructurada a 20 personas que viven con VIH y que, al momento de la entrevista, se encontraban en seguimiento en clínica de VIH del Hospital General Regional No. 1 del IMSS Guerrero.

Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de diciembre de 2022 y abril de 2023, todas ellas tuvieron lugar en un espacio seguro y confidencial dentro del hospital previo llenado y firmado de un consentimiento informado. Las conversaciones tuvieron una duración de entre 5 y 50 minutos, se registraron por medio de una grabadora de voz y la información obtenida fue transcrita posteriormente en un documento de Microsoft Office Word para su análisis e interpretación. A lo largo del proceso de recolección de datos fue posible llegar a una saturación teórica.

A los pacientes que al término de la entrevista se les encontró como no adherentes se les brindó consejería y orientación para mejorar la adherencia y en caso de ser necesario fueron enviados al área de psicología, psiquiatría o continuaron seguimiento con trabajo social, se informó también a los médicos tratantes sobre las condiciones de los mismos.

Para la recolección de datos se hizo uso del cuestionario SMAQ, el APGAR familiar y del formato de entrevista social médica (anexo 3) utilizada desde hace varios por el departamento de trabajo social del Instituto Mexicano del Seguro Social, llevando a cabo la grabación de las entrevistas para su posterior transcripción y análisis.

La entrevista mencionada con anterioridad se ha aplicado a la población derechohabiente en todo el país desde hace un par de décadas, aun así, se realizó una prueba piloto donde se aplicó el mismo formato a la población con diagnóstico de VIH sin necesidad de realizar modificaciones para fines de esta investigación.

Análisis estadístico.

Se realizó una base de datos en Excel a partir de las variables sociodemográficas obtenidas por la aplicación de los instrumentos a los pacientes, también se hizo una transcripción de las grabaciones recolectadas durante las entrevistas.

Los datos cualitativos se procesaron en el paquete de análisis de datos ATLAS.it 23 de donde se obtuvo la codificación principal, posteriormente dichos códigos fueron agrupados y reclasificados de acuerdo a su relación haciendo uso del método comparativo constante.

Para el análisis estadístico se realizó de primera instancia un análisis bivariado en el paquete estadístico R, posteriormente en el paquete estadístico Gretl se realizó el análisis multivariado, tomando como variable dependiente la adherencia al tratamiento ARV, convirtiendo en dicotómica y las independientes fueron variables cualitativas y cuantitativas como sexo, edad, escolaridad, esquema de tratamiento ARV, orientación sexual, ocupación, funcionalidad familiar, carga viral y conteo de linfocitos T CD4+.

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	TIPO DE VARIABLE.	ESCALA.	INDICADOR.
Adherencia al tratamiento antirretroviral.	Grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.	De acuerdo a los resultados de la aplicación del cuestionario SMAQ.	Dependiente cualitativa.	Nominal.	Adherente al tratamiento. No adherente al tratamiento.
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Se medirá con años cumplidos desde la fecha de nacimiento.	Independiente cuantitativa.	Discreta.	Edad en años cumplidos.
Sexo.	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.	Identificación de la persona de acuerdo a sus características anatómicas.	Independiente cualitativa.	Nominal.	Masculino. Femenino.

Estado civil.	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución.	Identificación de la persona de acuerdo a su relación legal con otra.	Independiente cualitativa.	Nominal.	Soltero (a). Casado (a). Unión libre. Divorciado (a). Viudo (a).
Escolaridad.	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Identificación del nivel de conocimientos del sujeto estudiado.	Independiente cualitativa.	Ordinal.	Analfabeta. Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Bachillerato incompleto. Bachillerato completo. Licenciatura incompleta. Licenciatura completa.

					Posgrado.
Perteneciente a un grupo indígena.	Agrupación de individuos que posee las mismas características lingüísticas o culturales, y que mantienen sus rasgos originarios de identidad en el tiempo, independientemente de su dispersión geográfica.	Identificación de la persona estudiada como parte de un grupo étnico indígena.	Independiente cualitativa.	Nominal.	Sí. No.
Ocupación.	Sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Labores que realiza el sujeto de estudio.	Independiente cualitativa.	Nominal.	Desempleado. Estudiante. Trabajador informal. Trabajador formal.
Ingesta de alcohol.	Consumo de bebidas alcohólicas.	De acuerdo a lo referido por el paciente se agrupará como corresponda.	Independiente cualitativa.	Nominal.	Sí. No.
Consumo de tabaco.	Consumo de tabaco, independientemente	De acuerdo a lo referido por el paciente se	Independiente cualitativa.	Nominal.	Sí. No.

	de la presentación.	agrupará como corresponda.			
Consumo de drogas.	Consumo de drogas psicoactivas ilícitas, independientemente de la presentación.	De acuerdo a lo referido por el paciente se agrupará como corresponda.	Independiente cualitativa.	Nominal.	Sí. No.
Comorbilidades.	Cuando una persona tiene dos o más enfermedades o trastornos al mismo tiempo.	De acuerdo al historial clínico determinar las enfermedades asociadas en el mismo sujeto de estudio.	Independiente cualitativa.	Nominal.	Sí. No. Especifique.
Cuenta de linfocitos T CD4.	Es la cuantificación de nivel de CD4 medida en sangre, dada en porcentaje y en número entero.	Resultado obtenido del historial clínico de laboratorio del paciente en el hospital sede del estudio.	Independiente cuantitativa.	Discreta.	<200 cél/mm ³ . 201-499 cél/mm ³ . >500 cél/mm ³ .
Carga viral.	Cuantificación de la infección por VIH que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en sangre.	Resultado obtenido del historial clínico de laboratorio del paciente en el hospital sede del estudio.	Independiente cuantitativa.	Discreta.	Detectable (número de copias/ml). No detectable (<50 copias/ml).
Funcionalidad familiar.	Conjunto de atributos que posee la familia para	De acuerdo a los resultados de la aplicación del	Independiente cualitativa.	Ordinal.	Disfunción severa. Disfunción

	promover la adaptación positiva y el bienestar de sus integrantes.	APGAR familiar.			moderada. Disfunción leve. Buena función familiar.
Discriminación.	Trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo.	Experiencias que el paciente contará al entrevistador respecto a si ha sido víctima de discriminación.	Independiente cualitativa.	Nominal.	Sí ha sido discriminado. No ha sido discriminado.
Apoyo de una pareja sentimental.	Vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas.	Experiencias que el paciente contará al entrevistador respecto a sus relaciones amorosas.	Independiente cualitativa.	Nominal.	No recibe apoyo de su pareja. Recibe apoyo de su pareja.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación se apega a las normas éticas de la Declaración de Helsinki, la cual establece los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. En la 52ª Asamblea General en Edimburgo, Escocia, realizada en octubre de 2000 se hace referencia a los principios básicos para toda investigación médica: que es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación. De igual forma el protocolo de investigación debe enviarse para consideración, comentario, consejo y aprobación a un comité de ética en investigación antes de comenzar el estudio. La participación de las personas en la investigación médica debe ser voluntaria y necesitan recibir la información adecuada (42).

Conforme a la Ley General de Salud, en su título segundo, capítulo 1 del artículo 17, fracción I, se considera como “investigación sin riesgo”, ya que es un estudio que empleará técnicas y métodos de investigación documental donde no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio (43).

Así también este proyecto de investigación se apegó a lo establecido en el decálogo de principios de experimentación médica con seres humanos del Código Internacional de Ética, conocido como Código de Nüremberg en donde se evitó todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño a las personas que se incluyen en el estudio, las cuales lo harán sólo si estas están física y mentalmente aptas (44).

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS HUMANOS.

La presente investigación deberá ser realizada por personal tratante de pacientes que acuden para seguimiento a la clínica de VIH del Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero” en Acapulco, así como el personal implicado directamente en la realización de esta investigación.

Para lo anterior será necesaria la colaboración entre:

- Médicos tratantes adscritos a la clínica de VIH del Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero” en Acapulco.
- Médico residente de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No.9, Acapulco.
- Personal de psicología adscritos a la clínica de VIH del Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero” en Acapulco.
- Personal de trabajo social del Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero” en Acapulco.
- Personal de enfermería adscritos a la clínica de VIH del Hospital General Regional No.1 “Vicente Guerrero” en Acapulco
- Asistentes médicas de la misma unidad hospitalaria.

La colaboración del personal señalado hará posible la detección de pacientes no adherentes al tratamiento ARV y la realización de entrevistas que permitirán el análisis de la información para cumplir con los objetivos de esta investigación.

RECURSOS MATERIALES

Para fines prácticos, los materiales a utilizar se han agrupado en grandes rubros de la siguiente manera:

Material de oficina: se considera dentro de este rubro hojas de papel, bolígrafos, folders, lápices, borradores, correctores, grapas, entre otros.

Aparatos de computación: se planea el uso de los equipos de cómputo y de impresión propios del instituto, así como personales para la realización de la presente investigación.

Grabadora de voz: equipo que será utilizado para el registro de las entrevistas realizadas para su posterior análisis e interpretación, se adquirirán también los elementos necesarios para su correcto funcionamiento.

Expediente clínico electrónico: agrupación de notas médicas acerca del padecimiento a estudiar, que serán encontrados en el respectivo software institucional.

Plataforma de resultados del laboratorio clínico: software institucional donde se podrá consultar el historial de carga viral y conteo de CD4 de los pacientes estudiados.

FACTIBILIDAD.

La presente investigación no recibirá ayudas económicas ni en especie provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades con ánimo de lucro.

Para la adquisición de los recursos materiales a utilizar se ha planteado el siguiente presupuesto cuyo costo total será autofinanciado por parte del personal relacionado a la investigación.

Concepto.	Costo*.
Material de oficina.	\$1,500.00
Grabadora de voz.	\$1,000.00
Baterías y complementos.	\$150.00
Total.	\$2,650.00

*: costos cotizados a finales del mes de marzo de 2022 en moneda nacional (peso mexicano).

RESULTADOS CUANTITATIVOS

En total, 53 pacientes otorgaron su consentimiento para participar en esta investigación, a ellos se les realizó un estudio social médico obteniendo los siguientes resultados de acuerdo a sus características sociodemográficas (tabla 1):

Tabla 1 – Variables sociodemográficas de acuerdo a estudio social médico de la población estudiada.

Variables	n=53	%
Edad.		
18-29 años.	15	28.3
30-39 años.	15	28.3
40-49 años.	10	18.9
≥50 años.	13	24.5
Sexo.		
Hombre.	38	71.7
Mujer.	15	28.3
Estado civil.		
Soltero.	33	62.3
Casado.	10	18.8
Unión libre.	7	13.2
Viudo.	3	5.7
Escolaridad.		
Analfabeta.	1	1.9
Primaria incompleta.	4	7.6
Primaria completa.	4	7.6
Secundaria incompleta.	0	0
Secundaria completa.	5	9.4
Bachillerato incompleto.	3	5.7
Bachillerato completo.	17	32.0
Licenciatura incompleta.	8	15.0
Licenciatura completa.	10	18.9
Posgrado.	1	1.9
Orientación sexual.		
Homosexual.	20	37.7
Bisexual.	9	17.0
Heterosexual.	24	45.3
Grupo indígena.		
Sí.	0	0
No.	53	100.0

Ocupación.		
Desempleado.	10	18.9
Estudiante.	4	7.5
Trabajador informal.	11	20.8
Trabajador formal.	27	50.9
Pensionado.	1	1.9
Consumo de alcohol.		
Sí.	35	66.0
No.	18	34.0
Consumo de tabaco.		
Sí.	13	24.5
No.	40	75.5
Consumo de drogas.		
Sí.	3	5.7
No.	50	94.3
Discriminación.		
Sí ha sido discriminado.	4	7.5
No ha sido discriminado.	49	92.5

Fuente: Base de datos.

En cuanto a las características clínicas se encontró que el 24.5% de los estudiados tenía alguna comorbilidad, la más común fue la hipertensión arterial, que se presentaba en 3 de los pacientes (n=13). El 60.4% mantenía un adecuado control virológico y el 50.9% presentaba buen control inmunológico (tabla 2).

Tabla 2 - Variables clínicas de acuerdo a estudio social médico de la población estudiada:

Variables	n=53	%
Comorbilidades.		
Sí.	13	24.5
No.	40	75.5
Carga viral.		
Detectable.	21	39.6
No detectable.	32	60.4
Conteo de linfocitos T CD4+		
≤200 células/ml.	11	20.8
201-499 células/ml.	15	28.3
≥500 células/ml.	27	50.9
Tratamiento ARV.		
>1 tableta/día.	13	24.5
1 tableta/día.	40	75.5

Fuente: Base de datos.

Se aplicó APGAR familiar para conocer la funcionalidad familiar percibida por el paciente, se interrogó también sobre sus relaciones de pareja. Sólo el 30.2% tenía una buena funcionalidad familiar, el 54.7% se encontraba en una relación sentimental al momento de la entrevista, pero el 24.1% (n=29) no recibía el apoyo necesario de sus parejas (tabla 3).

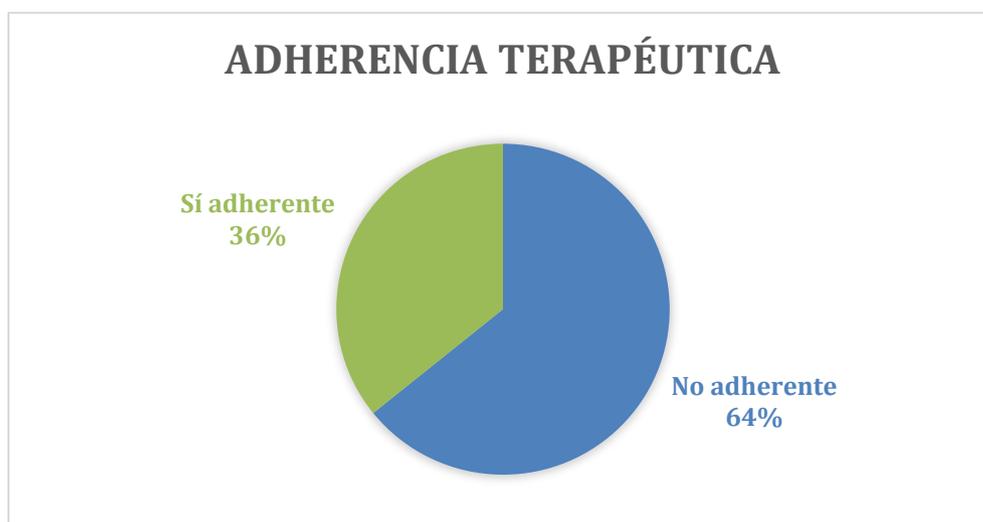
Tabla 3 - Variables relacionadas a la familia de acuerdo a estudio social médico de la población estudiada:

Variables	n=53	%
Funcionalidad familiar.		
Disfunción severa.	3	5.7
Disfunción moderada.	14	26.4
Disfunción leve.	20	37.7
Buena funcionalidad.	16	30.2
Tiene pareja sentimental.		
No.	24	45.3
Sí.	29	54.7
Recibe apoyo por su pareja.		
No.	7	24.1
Sí.	22	75.9

Fuente: Base de datos.

La adherencia terapéutica fue evaluada por medio del cuestionario SMAQ, de los entrevistados 64% no eran adherentes al tratamiento (gráfica 1).

Gráfica 1 – Adherencia terapéutica de acuerdo a cuestionario SMAQ en la población estudiada:



Fuente: Base de datos.

Relación entre adherencia terapéutica y características sociodemográficas.

Al relacionar la conducta adherente con las características sociales destaca que la mayoría de los pacientes que no tienen un adecuado apego farmacológico se encuentran en el grupo de edad de 18 a 29 años (32%), son de sexo masculino (71%), de estado civil soltero (53%), heterosexuales (50%), la mayoría tenía un consumo de activo de alcohol (65%) pero negaron el consumo de tabaco (68%) y otras drogas (97%) (tabla 4).

Tabla 4 - Relación de frecuencias simples entre adherencia terapéutica y variables sociodemográficas:

Variables	No adherente	Adherente	Total
Edad.			
18-29 años.	11 (32%)	4 (21%)	15
30-39 años.	10 (29%)	5 (26%)	15
40-49 años.	6 (18%)	4 (21%)	10
≥50 años.	7 (21%)	6 (32%)	13
<i>Total</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Sexo.			
Hombre.	24 (71%)	14 (74%)	38
Mujer.	10 (29%)	5 (26%)	15
<i>Total</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Estado civil.			
Soltero.	18 (53%)	15 (79%)	33
Casado.	9 (26%)	1 (5%)	10
Unión libre.	6 (18%)	1 (5%)	7
Viudo.	1 (3%)	2 (11%)	3
<i>Total</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Escolaridad.			
Analfabeta.	1 (3%)	0	1
Primaria incompleta.	3 (9%)	1 (5%)	4
Primaria completa.	4 (12%)	0	4
Secundaria incompleta.	0	0	0
Secundaria completa.	3 (9%)	2 (11%)	5
Bachillerato incompleto.	2 (5%)	1 (5%)	3
Bachillerato completo.	9 (26%)	8 (42%)	17
Licenciatura incompleta.	6 (18%)	2 (11%)	8
Licenciatura completa.	6 (18%)	4 (21%)	10
Posgrado.	0	1 (5%)	1
<i>Total</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Orientación sexual.			

Homosexual.	10 (29%)	10 (53%)	20
Bisexual.	7 (21%)	2 (11%)	9
Heterosexual.	17 (50%)	7 (36%)	24
<i>Total</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Grupo indígena.			
Sí.	0	0	0
No.	34 (100%)	19 (100%)	53
<i>Total</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Ocupación.			
Desempleado.	5 (15%)	5 (26%)	10
Estudiante.	3 (9%)	1 (5%)	4
Trabajador informal.	7 (20%)	4 (21%)	11
Trabajador formal.	18 (53%)	9 (48%)	27
Pensionado.	1 (3%)	0	1
<i>Total</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Consumo de alcohol.			
Sí.	22 (65%)	13 (68%)	35
No.	12 (35%)	6 (32%)	18
<i>Total</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Consumo de tabaco.			
Sí.	11 (32%)	2 (11%)	13
No.	23 (68%)	17 (89%)	40
<i>Total</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Consumo de drogas.			
Sí.	1 (3%)	2 (11%)	3
No.	33 (97%)	17 (89%)	50
<i>Total</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Discriminación.			
Sí ha sido discriminado.	2 (6%)	2 (11%)	4
No ha sido discriminado.	32 (94%)	17 (89%)	49
<i>Total</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>

Fuente: Base de datos.

Relación entre adherencia terapéutica y características clínicas de los pacientes.

Al relacionar la adherencia terapéutica y las características clínicas estudiadas, destaca que los pacientes con conductas no adherentes presentaban falla virológica (62%) y la mayoría de ellos tenía un recuento de linfocitos T CD4+ de 201 a 499 células/ml (39%) (tabla 5).

Tabla 5 - Relación de frecuencias simples entre adherencia terapéutica y variables clínicas:

Variables	No adherente	Adherente	Total
Comorbilidades.			
Sí.	9 (26%)	4 (21%)	13
No.	25 (74%)	15 (79%)	40
<i>Total.</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Carga viral.			
Detectable.	21 (62%)	0	21
No detectable.	13 (38%)	19 (100%)	32
<i>Total.</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Conteo de linfocitos T CD4+			
≤200 células/ml.	11 (32%)	0	11
201-499 células/ml.	13 (39%)	2 (11%)	15
≥500 células/ml.	10 (29%)	17 (89%)	27
<i>Total.</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Tratamiento ARV.			
>1 tableta/día.	12 (35%)	1 (5%)	13
1 tableta/día.	22 (65%)	18 (95%)	40
<i>Total.</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>

Fuente: Base de datos.

Relación entre adherencia terapéutica y funcionalidad familiar.

Al evaluar la relación entre la funcionalidad familiar y la adherencia terapéutica se observa que el 44% de los pacientes con conductas no adherentes también presentaban una disfunción familiar leve y el 56% de ellos tenía pareja sentimental al momento de la realización del estudio (tabla 6).

Tabla 6 - Relación de frecuencias simples entre adherencia terapéutica y variables relacionadas a la familia:

Variables	No adherente	Adherente	Total
Funcionalidad familiar.			
Disfunción severa.	3 (9%)	0	3
Disfunción moderada.	10 (29%)	4 (21%)	14
Disfunción leve.	15 (44%)	5 (26%)	20
Buena funcionalidad.	6 (18%)	10 (53%)	16
<i>Total.</i>	<i>34 (100%)</i>	<i>19 (100%)</i>	<i>53</i>
Tiene pareja sentimental.			
No.	15 (44%)	9 (47%)	24
Sí.	19 (56%)	10 (53%)	29

<i>Total.</i>	34 (100%)	19 (100%)	53
Recibe apoyo por su pareja.			
No.	4 (21%)	3 (30%)	7
Sí.	15 (79%)	7 (70%)	22
<i>Total.</i>	19 (100%)	10 (100%)	29

Fuente: Base de datos.

Modelo de análisis bivariado.

Se realizó análisis bivariado con los datos obtenidos, estos fueron procesados en el software estadístico R. Los resultados del mismo se muestran en la tabla 7.

Tabla 7 – Modelo de análisis bivariado:

Variables.	Adherencia terapéutica.		p valor ¹ .
	No adherente n=34	Sí adherente n=19	
Edad.			
< 30 años.	11 (32%)	4 (21%)	0.4
> 30 años.	23 (68%)	15 (79%)	
Sexo.			
Hombre.	24 (71%)	14 (74%)	0.8
Mujer.	10 (29%)	5 (26%)	
Estado civil.			
Soltero/divorciado/viudo.	19 (56%)	17 (89%)	0.012
Casado/unión libre.	15 (44%)	2 (11%)	
Escolaridad.			
Bachillerato o menos.	22 (65%)	12 (63%)	> 0.9
Licenciatura o más.	12 (35%)	7 (37%)	
Orientación sexual.			
Bisexual/Homosexual.	17 (50%)	12 (63%)	0.4
Heterosexual.	17 (50%)	7 (37%)	
Ocupación.			
Sin trabajo remunerado.	9 (26%)	6 (32%)	0.7
Con trabajo remunerado.	25 (74%)	13 (68%)	
Consumo de alcohol.			
Sí.	22 (65%)	12 (68%)	0.8
No.	12 (35%)	6 (32%)	
Consumo de tabaco.			
Sí.	11 (32%)	2 (11%)	0.10
No.	23 (68%)	17 (89%)	
Consumo de drogas.			
Sí.	1 (3%)	2 (11%)	0.3

No.	33 (97%)	17 (89%)	
Comorbilidades.			
Sí.	9 (26%)	4 (21%)	0.7
No.	25 (74%)	15 (79%)	
Dinámica familiar.			
Con disfunción.	28 (82%)	9 (47%)	0.008
Sin disfunción.	6 (18%)	10 (53%)	
Haber sido víctima de discriminación.			
Sí.	2 (5.9%)	2 (11%)	0.6
No.	32 (94%)	17 (89%)	
Tener una pareja sentimental.			
No.	15 (44%)	9 (47%)	0.8
Sí.	19 (56%)	10 (53%)	
Carga viral.			
Detectable.	21 (62%)	0	<0.001
No detectable.	13 (38%)	19 (100%)	
Conteo de linfocitos T CD4+.			
< 500 células/ml.	24 (71%)	2 (11%)	<0.001
> 500 células/ml.	10 (29%)	17 (89%)	
Esquema de tratamiento.			
> 1 tableta/día.	12 (35%)	1 (5%)	0.019
1 tableta/día.	22 (65%)	18 (95%)	

1 – Prueba de Chi cuadrada de Pearson.

Fuente: Paquete de datos estadísticos R a partir de base de datos.

Posterior a la aplicación de la prueba de Chi cuadrada de Pearson se encontró que el estado civil soltero/divorciado/viudo, pertenecer a una familia disfuncional, tener un esquema de tratamiento de más de 1 tableta al día, carga viral detectable y conteo de linfocitos T CD4+ menor de 500 células/ml tienen relación estadísticamente significativa relacionada a la adherencia terapéutica, presentando una mayor asociación las dos últimas ($p < 0.001$).

Modelo de análisis multivariado.

Se realizó el procesamiento de los datos cuantitativos obtenidos en el paquete estadístico Gretl, de acuerdo al análisis se obtuvo un R cuadrado de 0.51 y un R cuadrado ajustado de 0.42, con una suma de cuadrados residuales de 5.89 las variables con significancia estadística se muestran en la tabla 8.

Tabla 8 – Modelo de análisis multivariado:

Variables.	Coefficiente.	Error estándar.	T ratio.	Valor de p.
Disfunción familiar.	0.309471	0.120087	2.577	0.0134

Consumo de tabaco.	0.272215	0.138773	1.962	0.0562
Consumo de drogas.	-0.457785	0.231909	-1.974	0.0547
Conteo de linfocitos T CD4+ <500 cél/ml.	0.513670	0.103076	4.983	1.02e-05

Mean dependent var 1.358491; S.D. dependent var 0.484146; Sum squared resid 5.891124; S.E. of regression 0.365909; R-squared 0.516672 Adjusted R-squared 0.428795; F(8, 44) 5.879446; P-value(F) 0.000041; Log-likelihood -16.98735; Akaike criterion 51.97470; Schwarz criterion 69.70733; Hannan-Quinn 58.79381.

Fuente: Paquete estadístico Gretl a partir de base de datos.

De acuerdo a lo anterior y tomando en cuenta como variable dependiente la adherencia terapéutica ser parte de una familia disfuncional, tener un historial de consumo de tabaco, consumo de drogas y un conteo de linfocitos T CD4+ menor a 500 células/ml se asocia a una mala adherencia terapéutica, variables que presentan significancia estadística.

Con lo anterior, las variables más fuertemente asociadas a la mala adherencia terapéutica son la disfunción familiar (p 0.0134) y tener un conteo de linfocitos T CD4+ menor a 500 células/ml (p 1.02e-05). El consumo de tabaco y drogas (p 0.562 y p 0.547, respectivamente) también mostraron significancia estadística, aunque no tan marcada como en el caso de las primeras.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Para la presente investigación se realizó una entrevista semiestructurada a 20 personas que viven con VIH y que, al momento de la entrevista, se encontraban en seguimiento en clínica de VIH del Hospital General Regional No. 1 del IMSS Guerrero.

Los datos más relevantes fueron agrupados en las siguientes categorías: familia, entorno social, percepción personal, religión, ingesta de medicación y servicios de salud.

A continuación, se describen los hallazgos encontrados.

Familia.

Todos los pacientes entrevistados refirieron que su familia sabía del diagnóstico y de su condición clínica actual.

La mayoría consideraba a la familia como su principal red de apoyo, durante la realización de las entrevistas, se pudieron registrar comentarios positivos respecto a al apoyo familiar como los siguientes:

“La mayoría de mi familia conoce mi diagnóstico y pues nunca he tenido problema con eso, siempre me han estado apoyando porque fue desde pequeño así que toda mi familia me ha apoyado en esto. Me diagnosticaron a los 6 años, fue por lactancia”.

“Siempre me han apoyado desde el principio, no ha habido ningún problema, mis hermanos son los que saben”.

“Una hermana sabe, cuando me detectaron eso yo le dije que tenía eso que qué iba a hacer, dice: vamos (al hospital), para que te ayuden. Y por eso venimos aquí”.

“Mi familia me apoya, mis padres me dicen tómate la medicina, ellos saben, me gusta porque me apoyan en todo, la medicina, mi mamá, mi papá. Mis hermanos me apoyan también”.

“Toda mi familia sabe, lo tomaron pues sí, repentino, a lo mejor hasta con temor, con miedo, así como yo, pero me apoyaron, me han apoyado desde el momento en que nos enteramos y que estoy empezando un tratamiento, desde ese momento siempre he tenido el apoyo de todos”.

“Creo que nadie está listo para recibir una noticia así, menos cuando se trata de un familiar, por ejemplo, mi familia es muy cercana a mí, o al menos la que yo considero familia para mí, que es mi abuelita y mi mamá y ellas no sabían cómo tomárselo pero de una u otra manera lo terminaron asimilando y fue que de ahí me apoyaron en todo lo demás, por ejemplo, en acompañarme a mis consultas y en darme ánimos para tomarme mi tratamiento porque cuando una persona, bueno en mi caso, cuando fui diagnosticado con eso, la verdad me sentí muy mal, la única

base en la que yo podía apoyarme eran ellas dos y como me imagino que ellas dos estaban conscientes de eso trataron como de notarse no tan mal, por así decirlo, y me transmitieron como valor para afrontar mi diagnóstico”.

“Sí me han apoyado, desde el principio, mi mamá era la única que sabía, pero ahorita ya lo sabe toda mi familia”.

“Mi familia lo que es mi esposa, mi mamá y mis hermanos, lo saben, en ese aspecto no ha habido ningún inconveniente”.

“Me ayuda mi mamá me dice que siga yo con el tratamiento, me dice que no lo deje porque nos dijeron que puedo recaer, ya ve como cae uno de esta enfermedad. Mi hermana también me dice sigue con el tratamiento, vete (a sus consultas)”.

A pesar que la mayoría de los participantes realizó comentarios positivos respecto al apoyo familiar, se encontraron algunos comentarios negativos que han ocasionado sentimientos de rechazo y tristeza entre quienes los han experimentado.

“Mi familia sí lo supo, porque fue sorpresa que tenía eso, este, la única que vi que me rechazó un poco fue mi hermana, pero de ahí para allá, mi mamá, el apoyo de ella ha sido incondicional. La psicóloga habló con mi hermana y ya mi hermana ahorita es otra persona. El rechazo fue que ella le metía ideas a mi mamá que me apartaran mi vaso, mi plato, mi cuchara porque yo antes de que me diagnosticaran esto yo estuve en coma, en terapia intensiva, entonces no me podía parar, yo estuve en cama y ella empezó a separar mi plato porque supuestamente se lo habían comentado aquí, cosa que la psicóloga le dijo que era mentira, que no se llega a contagiar a alguien porque yo estuviera en cama y con esa enfermedad. Ella entendió y posteriormente ya me apoyó”.

“No me apoyan completamente, no más mi papá un poco, pero ya está grande no puede mucho y mi hermana que es la que viene conmigo, la que me acompaña a las consultas”.

“Mi esposa y yo nos conocemos, estuvimos mucho tiempo de novios, la conozco, no me siento así tan mal como un rechazo porque yo sé cómo es, pero por ejemplo cuando empecé a sentirme mal fue por la vesícula que me resultó todo esto, que se descubrió, ella nunca me rechazó, nunca me dijo nada, estuvo conmigo, venía conmigo a las citas, pero cuando ya estaba todo que ella había estado bien que yo sí tenía nunca me dijo nada tampoco, pero sí, yo digo y le doy la razón, ella como que se volvió asexual, ella no me hace caras ni nada pero pues ya no quiso, y yo también lo acepto, así nos hemos mantenido. Yo lo que sé es que por ejemplo si yo tomo de un vaso de agua y alguien toma de ese vaso de agua no pasa nada, yo a ella ya le dije, ella no lo hace, eso sí ella si sabe que ya tomé de algo o estoy tomando agua o algo me pregunta ¿ya le tomaste? Le digo no y ya le toma, entonces si ya le tomé no le toma. A mi esposa yo la conozco, pero no me siento mal”.

“Es que es una relación... nos llevamos bien, nos entendemos, pero como que sus emociones de ella, como que no le da tanta importancia o no las muestra, a veces, como si le valiera, es media rara. Yo más lo veo como si veces no comprendiera realmente. Aunque en esto sí me ha apoyado”.

“A veces (se siente apoyada), no tanto como yo a él (su esposo), porque cuando él está enfermo yo lo atiendo, pero cuando yo me enfermo pues a veces no llega temprano, he estado enferma en la cama, con gripa, calentura, lo que sea y como que no le toma tanta importancia. Yo soy siempre la que me ando cuidando sola”.

Entorno social.

El entorno social es entendido como el grupo de amigos, vecinos, compañeros de trabajo, de escuela o toda aquella persona que tenga relación con los participantes pero que no comparte ningún vínculo sanguíneo o legal.

Al interrogar sobre este entorno algunos pacientes refirieron sentirse apoyados por las personas con quienes han compartido el diagnóstico, sin embargo, también coinciden en el hecho que la revelación del diagnóstico no ha sido fácil y las personas con las que lo han hecho son muy pocas, usualmente, con las que comparten relaciones muy estrechas o de varios de años. Algunos ejemplos de lo relatado por los participantes son los siguientes:

“Tengo unos amigos que saben de la situación, igual, me apoyan mucho, y de alguien más pues no lo saben”.

“Tiene como 2 años que no trabajo, había una compañera a la que sí le platicué y ella me apoyaba, sabía ella que venía yo a las citas y pues por ella sí sentí el apoyo, pero después dejé de trabajar”.

“... ellos (compañeros de trabajo) fueron los que me vieron el desarrollo, vieron todo, cómo empecé y pues, queriendo y no queriendo se tuvieron que enterar y fue el apoyo que me dieron, me sentía apoyado tanto por mis patrones como con mis compañeros”.

“Una amiga nada más, me ha apoyado mucho”.

“...tengo como dos amigos que lo saben y no he tenido problemas”.

“Habría tal vez dos personas que yo sepa que mi esposa les confió, pero son digamos, una comadre... el rechazo no, la relación siguió siendo la misma”.

“Se lo conté a un compadre y a un amigo también, me apoyan”.

“Con los que yo me llevo la relación ha sido buena, de lo demás no les he comunicado, nada más a algunos amigos”.

“Sí, a un amigo se lo conté, pero un amigo que también es portador del VIH, platicamos bien y me identifico con él pues, lo mismo porque yo no sabía y ya pues me di cuenta y yo no sabía también de él, y ya nos dimos cuenta. Pero ahorita no

tengo contacto con él pues porque mi marido andaba de celoso, diciendo que yo andaba con él, digo puro problema así que, pues ahorita no nos hablamos”.

“...no ha cambiado nada (la relación con sus amigos), de hecho, seguimos conviviendo de la misma forma que antes y respecto a los comentarios que me hagan como burlas o ese tipo de cosas no lo hacen, siempre son como que muy cautelosos con las palabras, de hecho, al contrario, me incluyeron más en las cosas y de cierto modo me tratan mejor que antes”.

“En el grupo anterior yo le comenté a una de mis compañeras (de escuela) que considero mi amiga y por suerte no lo divulgó y al igual que mis amigos me trató de la misma forma, sin excluirme, sin cambiar su trato hacia mí, todo fue igual...”

“...antes estaba otra compañera que era muy religiosa, fue a la primera que yo le conté mi diagnóstico, ella oró y todo eso, y a veces decía como que adrede, ¿estás tomando? Y le tomaba, ella era la que me apoyaba en ese aspecto, yo le contaba mi esposa no toma de mi vaso, pero ella lo hacía muy natural”.

En este rubro también se incluyen las relaciones sentimentales aún no formalizadas de forma legal. Algunos participantes expresaron la dificultad de revelar el diagnóstico a su pareja sentimental y la reacción posterior.

- *“Con tu pareja ¿cómo te has sentido?”*
- *Pues bien, o sea, al principio te da miedo comentarle por los hechos, como vaya a reaccionar o así, pero no, hasta eso siempre ha sido algo normal.*
- *¿Fue fácil para ella?”*
- *No, en un principio, no. Pero después se puso a estar investigando y así, se sintió un poco más segura y más tranquila”.*

Dar a conocer el estado serológico puede llegar a ser tan complicado que algunos pacientes prefieren mantenerlo en secreto:

- *“¿Su pareja sabe de su diagnóstico?”*
- *No, nunca se lo comentado, porque pues nunca hemos oportunidad de hablar de eso.*
- *¿Cree que si se lo dijera tendría su apoyo?”*
- *Yo creo que sí, sí”.*

Y algunos consideran la enfermedad una limitante para poder mantener una relación sentimental:

“Siento que me cuesta mucho trabajo, porque ahorita puedo andar con alguien, sé que hasta para ir con un dentista está en ti decir tu diagnóstico lo lógico es que sí para que ellos vean qué tipo de medicamentos, también el compartirlo con una pareja, puedo pasar todo el proceso de novios lo que tú quieras pero va a llegar el punto en que le tengo que decir, incluso, si tienes relaciones puedes hacerlo tranquilamente hasta sin preservativo porque estás controlado pero va a llegar un

punto en que le tengas que decir, eso es lo que me cuesta trabajo, que yo no sé si sería capaz de decirlo y si no me atrevo a decirlo bueno en algún momento se va a dar cuenta de las pastillas, en algún momento se va a dar cuenta de esto y si, en algún momento te puede dar un bajón fuerte, y si me atrevo a decirlo no sé si me vaya a aceptar si no me vaya a aceptar o sea puede ser una limitante”.

La percepción negativa en este rubro está relacionada principalmente al miedo al rechazo y la discriminación, por lo que los pacientes prefieren mantener en secreto su estado serológico, ya que consideran que de contar su situación clínica afectaría sus relaciones y las de las personas cercanas a ellos.

“Amigos no (les ha revelado su estado serológico), más que nada porque el hecho de estar enfermo, el rechazo de la sociedad, eso, siempre los hay que empiezan con el bullying de decir: mira, el sidoso, o sea, yo pienso que es algo que lo he guardado yo y como estoy bien, en realidad mientras yo no dé problemas ni me busquen problemas a mí todo está bien”.

“...ahorita donde estoy viviendo pues en realidad nadie sabe el problema que tengo, ni la familia de mi esposo lo sabe, nada más él y yo. No sé en realidad cómo reaccionaría la gente porque, a veces, hay personas que cuando saben que tienen ese problema pues a veces sienten un rechazo a esa persona”.

“No, ahora sí que no lo he divulgado porque tengo hijos y no quiero afectarlos de cierto modo”.

“Pues casi nadie sabe, por lo mismo de mi situación, no la comparto más que con mi pura familia, tengo cuidado a lo mejor con el hecho de relacionarme porque pues ahora primero estoy yo y luego están los demás, pero primero está mi cuidado, mi salud. Tanto en relaciones personales y sexuales”.

“No sé si vaya a aguantar, sus miradas, sus críticas o algo (de sus amigos), que digan: mira, tan así como era y mira”.

“Yo no he contado esto por miedo al rechazo o miedo a la discriminación, hasta ahora me he sentido bien, tranquilo”.

“Yo siento que es lo que más le da pa’ abajo al paciente, el ser criticado, señalado o excluido, digo, yo pienso que gracias a Dios he ido discretamente entre la sociedad porque creo que eso es lo más viable para una persona”.

“Siento que socialmente nadie en nuestra actualidad está como tal como nuestra familia; nuestras amistades o cualquier persona que nos podamos encontrar, siento que no estamos preparados para recibir una noticia como esta y a veces lo podemos decir a las personas que yo considero mis mejores amigos y que lo van a tomar a lo mejor sorprendente pero que me van a apoyar en su momento, pero he aprendido que los que tú dices que son tus amigos no los son y más que nada es el hecho que si ya no me llevo con ellos, si me llevo a pelear con ellos pues es una noticia que no quisiera que toda la universidad sepa, siento que con el cuidado que

yo tenga de mí mismo me protejo a seguir contagiando, o a seguir teniendo algún momento en que yo pueda poner en riesgo a alguien, entonces más que nada no es miedo, siento yo que nunca he estado estable con unos compañeros, prácticamente en la universidad nos cambian cada 3 semestres nos cambian de grupos, entonces como ya no los voy a ver no tiene caso contarles porque no sé si después se vayan a llevar conmigo y me vayan a tratar igual o lo vayan a esparcir”.

“...porque hay que ser discretos simplemente por el estigma que se le da a esto y pues por estabilidad de uno hay que ser discretos, nada más que se entere la gente que es necesaria. Te vuelvo a reiterar, hay que ser discretos, lo más que se pueda y eso no implica que uno no se lleve bien con la sociedad.

Se interrogó acerca de problemáticas que impiden acudir a control de citas médicas por el trabajo o la escuela. Los pacientes refirieron apoyo por parte de sus centros laborales para acudir a valoración.

“La única que sabe es la que tengo como encargada de sucursal porque fue un accidente de que cuando yo le entregué una hoja de incapacidad ahí iba explicado el antecedente en la hoja de alta y yo no me di cuenta, no la leí pues vaya, y yo nada más se la entregué porque ya iba a regresar a trabajar, ella sí la leyó y se dio cuenta. Habló conmigo, pero pues no tenía ningún problema con eso”.

“Es muy raro que tenga problema con los tiempos, porque si yo lo sé anticipadamente, por decir, si ya tengo una cita para la próxima semana pues pido permiso, si no me otorgan el permiso, solamente me cambian el horario, así que tengo la mañana libre para venir a mis citas, así que no tengo problema con eso”.

“Cuando tengo cita le aviso a mi jefa un mes antes, le aviso que tengo cita tal fecha y ya con eso ella se anticipa y ya para el día que está me dan el descanso o entro más tarde, me cambia el horario”.

“...pues donde estoy hay tres turnos, cuando sé que va a hacer cita yo más o menos, le calculo que día y le dije a la jefe que no me ponga en la mañana, que me ponga en la tarde, hoy por el ejemplo, a partir del miércoles, estoy en la noche, también si yo sé que es ese día, pues no digo nada, pero me apoya cuando le digo voy a ir al seguro o algo sí me apoya”.

“No faltó porque cambio el descanso, cuando me toca la cita pido el descanso”.

Sin embargo, en el caso de los centros educativos se prefiere mantener la confidencialidad, aun cuando esto implique la pérdida de clases.

“...con algunos docentes el hecho de la asistencia no es obligatoria y pues no se puede justificar, porque el hecho de venir al IMSS de parte de la universidad pues sí te justifica, pero prácticamente no lo hago porque me piden la receta y pues médicamente se van a dar cuenta y por eso no justifico mis faltas. Las veces que tengo clases me vengo temprano y saliendo inmediatamente me voy, a lo mejor pierdo una o dos clases”.

A pesar que la mayoría de los casos hubo una perspectiva favorable respecto al apoyo laboral, uno de los entrevistados relató una situación desfavorable con respecto a su trabajo anterior posterior a la revelación del diagnóstico, situación que derivó en despido injustificado y discriminación.

“...ahorita nada más saben que vengo a consulta a Acapulco, como esta enfermedad no se debe de decir porque lo discriminan, lo hacen a un lado. Cuando me detectaron ya no me quisieron dar trabajo ahí de limpieza, “no ya no”, y como les dijeron que yo tenía consulta en esto ya no me quisieron dar trabajo”.

Percepción personal.

Cada paciente ha experimentado de forma distinta los cambios en la vida diaria posterior al diagnóstico de VIH, en este caso, solo algunos pacientes reconocieron transitar por este proceso de forma exitosa y sentirse plenos al momento de la entrevista.

“Pues, ahora sí que me siento bien, gracias a Dios, ahora estoy tranquilo, estoy seguro, a veces como que el cuerpo decae un poquito, pero pues siento que es normal. No me quejo, no reniego ni nada, ahora sí que todo pasa por algo y si ya pasó ni modo”.

“Pues no, no porque trabajo... aprendí inglés, ya aquí me dicen enseñanos y eso me motiva a seguir viviendo, a echarle más ganas, que la tristeza, la soledad ya no existen en mi vida”.

En contraparte, algunos pacientes actualmente reconocen y aceptan su condición clínica, pero externan con pesar los cambios que el diagnóstico causó en su vida y en las relaciones con otras personas y también los sentimientos de culpa relacionados a ello.

“Pues ya limitación en lo sexual, digo, tal vez se puede y todo, con ciertas precauciones, pero yo ya últimamente se puede decir que... por eso dije que fui bisexual, porque ahorita ya dejé todo, en ese aspecto dejé todo. Yo estoy muy consciente, si algo te sucede... uno debe estar consciente de lo que está haciendo, yo cuando me dieron el resultado positivo sí me sentí mal, me sentí deprimido, pero me sentí más mal porque no estaba seguro si mi esposa estaba contagiada, ya cuando fueron los exámenes y me dijeron que no me sentí relajado, tranquilo, lo acepté, no le echó la culpa a nadie, es mi culpa, es culpa de uno, uno debe ser responsable de sus actos, no me sentí mal, lo acepté, dije bueno he escuchado ahí que hay personas que luego no lo aceptan o luego andan queriendo infectar a otras personas, yo no estoy de acuerdo, es cuestión de uno, uno lo debe de aceptar, debe tener uno huevos y decir tú te lo buscaste pero así de rechazo no, siempre lo acepté”.

A pesar de encontrar comentarios de aceptación, la mayoría de los pacientes entrevistados siguen experimentando sentimientos de culpa, rechazo, pérdida y negación del diagnóstico, situaciones que relacionan a sus conductas poco

adherentes al tratamiento y que condicionan mayor estrés emocional y sentimientos de limitación que pueden perpetuar el estigma interiorizado.

“...de repente te acomplejas, te empiezas como a que juzgar. Al principio, bueno cada quien lleva un proceso diferente, pero sí fue algo así fuerte y pues lo vas asimilando, pero hay ocasiones que nuevamente llegas a ese punto. Lo que pasa que muchas veces hay situaciones que al principio ignoras, ignoras muchas veces como llevar esta enfermedad y te empiezas tu solito a limitar, no puedo hacer esto porque no es posible, o no... situaciones así más que nada, te empiezas como a limitar”.

“Pues al principio sí (tuvo sentimientos de rechazo), lógico como todo cuando uno tiene eso, le dicen que tiene ese tipo de infección, enfermedad, yo mismo me cuestioné que por qué llegué a ese grado de caer en ese tipo de situación, yo tenía un trabajo muy bueno y perdí dinero, perdí todo, todo por ese tipo de situación, pero ya después entendí, claro, recibí ayuda psicológica también y entendí que la vida sigue...”

“...me he preguntado yo misma, he dicho pues por qué yo, por qué me tocó tener este problema, a veces digo: si las cosas pasan a lo mejor pasaron por algo. Pero pues a veces yo misma me conformo y ni modo, la vida sigue y adelante hasta donde Dios nos dé licencia llegar”.

“Sí, tal vez en algún momento, al principio, como que me sentí limitado, culpable tal vez...”

“Pues hasta ahorita he llevado mi vida normal, sí hubo un cambio drástico con el hecho de que ya no hacía varias cosas o no frecuentaba de personas, por el hecho de que yo tuve el problema que no supe si fue él, no sé si fue fulano o sutano, entonces no me daba como de que la libertad, incluso llegué a un punto donde no quería conocer a nadie, no quería saber de nadie, no quería relacionarme con nadie por el miedo, por todo lo que conlleva el hecho que estaba viviendo con algo nuevo, con algo que yo no sabía con algo que yo pensé que era una intoxicación y resultó ser esto”.

“Pues no, porque finalmente soy yo de un pensar que finalmente todos nos vamos a morir, se va a tener que ir uno de esta tierra, pero sí hay una limitante al quererse reproducir, esa es una limitante para mi criterio, pero de ahí que la muerte o que uno se vaya de este mundo pues es lógico, todos se van a tener que ir algún día”.

“No, porque físicamente yo me siento bien, yo no sabía mi enfermedad, pero desde que me enteré a veces me siento mal pero no me reprocho nada, si no que le echo la culpa a mi pareja porque él tuvo la culpa, pero siempre hago mis actividades bien, a veces, como que regreso del trabajo muy cansada y a veces como que me tomo el medicamento como que no sé si es el medicamento o es mi cansancio que cada vez que lo tomo me da como mucho sueño, me empieza a doler la cabeza, no sé si sea el medicamento”.

“Me he sentido mal por muchas cosas, porque todavía no puedo aceptarlo porque mi pareja me contagió y porque pensé que a mi hijo también, pero no, ya le hicieron los estudios y no, lo bueno que salió bien él, entonces sí necesito ir con un psicólogo para hablar de esta situación porque o sea sí me tomo mi medicamento, pero como que todavía a veces vengo y me pregunto qué ando haciendo yo aquí todo por la culpa de mi marido que no se supo cuidar y anduvo haciendo sus cosas, pero hasta la fecha ahí sigo con él, sigo con él por mi hijo”.

“Sí, me he hecho muchos comentarios negativos y también siento que es una limitante, tal vez unas personas no lo vean como limitante porque yo le pregunté a la doctora y me dijo que no era una limitante porque yo podía hacer todas mis actividades cotidianas de la forma en que las hacía, pero al leer las instrucciones del medicamento pues tiene reacciones adversas como todos y al igual me limita hacer las cosas que a mí me gustaban antes, por ejemplo, la alimentación, las bebidas que solía tomar, el limitar el uso de cosas como de uso personal, como en mi casa que utilizábamos el mismo cortaúñas pero ahora ya no lo hacemos, o cosas con filo, no sé, como que yo me pongo los límites, tal vez sí exagere un poco pero a la vez prefiero cuidar a los demás”.

“...al principio fue muy complicado, yo sé que los doctores no son los mismos pero esos doctores me aguantaron mucho porque estaba en ese proceso ¿no? Y yo quiero pensar que no me tomé el tiempo de procesar, no me tomé el tiempo de asimilarlo, de procesarlo, decir OK lo tengo, tiendo a evadirlo, a evadirme de las cosas y de los problemas. Siento yo que supe lo que tenía, pero seguí y a pesar que hay una realidad que tengo que venir (al hospital) y que me pueden ver y todo eso, veo que es una enfermedad, no sé si sea mi coraza, es una enfermedad, pero no me tomé mi proceso de asimilarlo de llorarlo si tú quieres y me enfoqué nada más de tengo esto y voy a seguir el procedimiento, a mi trabajo y a ocultarme”.

“Pues al principio cuando inicié esto del tratamiento (realizó comentarios negativos), cuando me dijeron que era portador, pero ahorita ya no. La culpa es por no cuidarme o no haber abierto los ojos antes de”.

Religión.

Otro aspecto relevante durante la realización de entrevistas fueron los grupos religiosos, que llegan a ser considerados como grupos de ayuda por parte de los pacientes, la mayoría de ellos percibe una mejor aceptación de la enfermedad a partir de su participación en dichos grupos o al realizar oraciones o sesiones de meditación.

“Somos católicos, nada más vamos a la iglesia y pedimos allí, pedimos a Dios para que yo salga adelante, que no recaiga en esto, que no recaiga, no tan joven, que me dé más años”.

“Un poco me ha ayudado porque me he acercado un poquito más a esos temas y de repente como que me concentro en algo así y sí me he sentido un poquito mejor”.

“Yo estudio la biblia por parte de los testigos de Jehová, llevo estudiando la biblia ya este prácticamente más de 10 años y sigo con ellos, hay varios hermanos que sí saben lo que yo tengo, igual es un tema que no ha afectado en nada que yo siga estudiando la biblia. Ellos sí me han apoyado, incluso me apoyaron cuando estuve aquí en terapia intensiva, estuvieron ellos en guardia cuidándome”.

“Yo soy cristiana, anteriormente era católica, pero pues hubo una compañera que me invitó y gracias a que estuve yendo un tiempo ahí la verdad sí sentí esa conformidad porque la verdad yo no aceptaba el problema que tenía, estuve yendo un tiempo a esa iglesia y la verdad me ayudó a perdonar a la persona, a esa persona que me contagió esta enfermedad, por ese lado me sentí bien, llegué a perdonar a esa persona, porque falleció, la verdad sí me sentía mal porque yo decía que yo no tenía por qué tener este problema si yo nada más me dedicaba a esa persona y pues la verdad sentí que sí”.

“Solamente tuve fe a la virgen, cuando a mí me diagnosticaron esto, se me vino todo y lo único que dije pues ahora sí, lo primero que se me vino a la mente fue mi familia y pues como yo soy muy devoto a la virgen ella fue la que me dio ánimos para decírselos y pues seguir adelante porque no por tener eso va a ser el fin del mundo”.

“...pues soy católico y desde chico estoy dentro de la religión y a lo mejor eso me ayudó a tomar las cosas más con calma, de hecho, ahorita sigo sirviendo y eso es lo que más me relaja, más me anima, me siento más libre al menos... al menos se me olvida y es lo que más me está relajando”.

“Soy católico y oro por mi cuenta, en cierta forma me ha ayudado a sentirme más tranquilo”.

“...me han ido a visitar los hermanos a la casa, me gusta platicar con ellos, porque sí salgo sola pero no tanto porque la otra vez que salí sola me caí en la calle. En mi casa la mayor parte del tiempo estoy sola, me siento aburrida...”

“...somos cristianos, entonces en la casa sí oramos, de hecho, me paro a las 6 de la mañana por eso estoy así, es lo que me da la fortaleza para vivir, bastante, si yo no oro como que me siento vacío, despierto antes que mi esposa y despierto, así como me ve ahora, no me da sueño”.

“Siempre he crecido en una familia católica, mis padres me han enseñado que los errores se cometen, pero tienes que seguir y se van a reparar y si no se reparan mínimo vas a luchar con ellos, entonces pues mi mamá es muy creyente católica y ella siempre ha sido como que ese momento de paz, de tranquilidad que puedo tener al momento de platicar porque siempre me expresa el hecho de que yo voy a estar bien, de que no me tengo que cerrar, incluso fue la primera persona que se enteró...”

Ingesta de medicación.

En los pacientes clasificados como no adherentes al tratamiento, se interrogó de forma intencionada cuál era la razón por la que olvidaban tomar su medicación. La mayoría de ello lo relacionaron a cuestiones laborales, sus horarios y la forma en que deben tomar las tabletas.

“De hecho, sí... por mis horarios de trabajo a veces no me los tomo a la hora, o sea, unos son cada 12 horas, otros son cada 24, pero, a veces, no me lo puedo llegar a tomar a la misma hora porque no me gusta cargar la medicina en mi trabajo, siempre la tengo en la casa, así que hasta que llego a la casa me la tomo”.

“...me puedo pasar de horario, a veces, me la tomo un poquito más tarde por situaciones del trabajo, a veces que se me hace tarde para llegar a mi casa. Si llego a salir fuera igual me llevo el frasco para no estar faltando al medicamento”.

Por el contrario, algunos relacionaron sus olvidos a la sensación de bienestar y no sentir la necesidad de tomar un medicamento para sentirse bien.

“Porque como me siento bien se me olvida a veces, digo oh la pastilla, se me olvidó tomarla, porque si yo me sintiera mal entonces diría la tengo que tomar, pero como ando en actividades así y entonces se me olvida tomarla”.

Los pacientes también han encontrado técnicas para poder recordar la ingesta del medicamento, la más común fue programar una alarma en el teléfono móvil, aunque algunos también refieren hacer uso de un pastillero o que el tomarla es ya parte de su rutina que no necesitan de algún apoyo para recordarlo.

“...tengo alarma por cualquier cosa porque eso sí, soy bien olvidadizo”.

“La tomo todos los días, a la misma hora, nunca se me olvida, a las 8 de la mañana y eso me ha resultado bastante porque aprendí que el medicamento es parte de mi vida y gracias al medicamento soy indetectable”.

Servicios de salud.

Se interrogó a los participantes cómo percibían la atención brindada en las unidades de salud de las que hacen uso, en este rubro se encontraron comentarios positivos, hay quienes decían preferir la atención en el IMSS que en otra institución y la ayuda recibida por los profesionales de la salud al conocer el diagnóstico.

“Pues aquí que he venido es mejor, me han apoyado, porque en otros lados no tienen este medicamento, he investigado y me dicen que está caro, por eso compré el seguro para que yo tenga vida pues”.

“...pero los doctores, los primeros que me tocaron fueron muy comprensivos, me tuvieron mucha paciencia”.

A pesar de ello, es importante recalcar que algunos pacientes siguen experimentando situaciones de rechazo por parte del personal institucional y en algunos casos han sufrido de discriminación dentro de las unidades de salud.

“Donde tuve rechazo yo fue con el dentista, incluso mi médico de medicina interna habló con el doctor, el dentista me dejó al último, no me dio consulta y yo le comenté a él, me rechazó más que nada porque me preguntó por qué yo no le había dicho que tenía VIH/SIDA y yo le dije pues no tiene nada que ver, dice: sí porque contagias a los de aquí. Entonces el médico de medicina interna se molestó mucho por la discriminación que me hizo y que no me atendió, que me dejó hasta el último, cuando yo le dije señorita (enfermera) voy a pasar me dijo: no, el médico ya se fue, y sentí un rechazo muy feo por parte del médico (refiriéndose al personal de odontología) pero creo que le llamaron la atención al médico y me apoyaron tanto que me hicieron una llamada al otro día y me dijeron que me esperan con el dentista, ellos me hicieron la cita y llegué y el médico se portó muy diferente y me pidió disculpas, que no estaba enterado de la situación”.

“...sí a veces, por ejemplo, como una vez cuando me sentía mal, acudí a mi institución de salud y me iban a inyectar y todo y pues por mi diagnóstico siempre les comento, para proteger también a la persona que me va a atender y como que algunos se asustan, como que no sé, su cara, más que nada sus gestos se me hacen como que un poquito más nerviosos, algunas veces. Nunca se me ha dicho nada, jamás permitiría que una persona me trate de hacer menos y mucho menos del sector salud, creo que ellos están para ayudarnos, para orientarnos y no para juzgarnos”.

“Estaba internado, de hecho, fue aquí, por las enfermeras, como que el trato que te dan es muy diferente. No es algo específico con alguna enfermera, pero el tiempo que estuve internado, que fueron 15 días y sí me trataban diferente. Había una enfermera que sí me daba un trato muy especial y otras que nada más no se querían acercar o equis cosa”.

También se reportaron errores en el proceso de surtido de medicamentos.

“...el único inconveniente fue un medicamento que al parecer no me di cuenta y me lo dieron caducado, nada más, pero pues hasta ahí. Me dijo el doctor que pudo haber sido que por eso subió mi nivel viral”.

Algunos entrevistados también expresaron su inconformidad con el proceso de asignación de citas y autorización de recetas que se aplica dentro del hospital donde se realizó este estudio.

“Siento que el IMSS tiene mucha logística y mucho protocolo ya anticuado, entonces esa es mi lucha”.

Uno de los pacientes mostró su rechazo hacia el hecho de tener que revelar su diagnóstico en cada atención que recibe y de cómo esto afecta sus valoraciones, aunque también es evidente la falta de aceptación de la enfermedad.

“Ha sido buena (la atención en las unidades de salud), sólo que como tengo mi diagnóstico tengo que estarlo diciendo y la mayoría de las cosas las relacionan a eso, me había comentado la doctora que no todas las cosas que me pasen se tienen que relacionar a mi diagnóstico y es lo malo porque me dicen una cosa y al final termino teniendo otra, en cuestión de lo psicológico no hablamos de otra cosa más que no sea de eso y a mí me abruma, me hace sentir incómodo estar hablando de mi diagnóstico, por eso mismo prefiero evitarlos”.

El proceso de atención institucional en Guerrero se caracteriza porque todos los hospitales de subzona, que se encuentran en distintos puntos del estado y que cuentan con los servicios de medicina interna, refieren a los pacientes con diagnóstico de VIH al hospital regional que se encuentra en la ciudad de Acapulco de Juárez, lo que conlleva que algunos pacientes tengan que viajar entre 8 a 12 horas (viaje de ida y vuelta) para poder acudir a valoración o surtir su medicación, aun cuando se encuentran estables. Por lo anterior, los pacientes que no eran de la ciudad de Acapulco mostraron su inconformidad ante esta situación.

“...es muy cansado, muy cansado y muy tedioso estar viniendo por un medicamento que creo que el gobierno lo puede trasladar a la unidad de origen, en este caso pues a la unidad donde pertenezco para no estar viniendo directamente hasta acá. Son 4 horas, me despierto a las 2 de la mañana para poder salir a las 3 de la mañana y llegar aquí a las 7, y poder regresar hoy mismo para presentarme mañana a mi trabajo, más que nada es desgastante.”

“Siento mucho tiempo, la verdad, porque tenemos que reunirnos ahí donde esperamos el autobús, tenemos que llegar a las 3, para esperar el autobús que llega a las 4 de la mañana, cuando se tarda a veces viene llegando a las 5 y la verdad lo siento muy retirado de allá para acá porque pues en realidad yo nunca imaginé que tendría que venir a seguir mi tratamiento hasta acá, sería más fácil conseguirlo allá”.

“Pues si fuera una posibilidad, si fuera factible poderlos adquirir allá pues sí sería bueno”.

“...me hago cuatro horas y media, si hay oportunidad de que me la den allá, sería mejor. Me despierto a las 3 y me voy a la terminal a las 4 de la mañana y allá salgo a las 4 y media a 5 de la mañana y regreso a casa a las 11 de la noche.”

Sin embargo, algunos pacientes han encontrado estrategias entre sus pares para poder sortear esta dificultad.

“Se hacen 6 horas, me tengo que despertar a la 1 de la mañana para llegar aquí a las 8. Estaría más bien ir a Zihuatanejo que estar viajando seis horas, aunque a veces nos apoyamos entre compañeros”.

Deseo de visibilización y aceptación.

Durante la realización de este estudio algunos participantes mostraron su deseo de visibilización pero también de mayor aceptación por parte de la sociedad, poniendo

de manifiesto como en otros lugares del país ser una persona que vive con VIH no es motivo de rechazo, burla o discriminación.

“Mucha gente ignora sobre el tema y en algunos lugares pues ya el tema es más sonado tal vez, más informado y de donde vengo como que el tema es muy complejo para ellos, la misma ignorancia no te permite muchas veces entender la situación y muchas veces al momento de que... bueno conozco a una persona que al momento que platicó o lo dijo pues en lugar de apoyarle pues se le fueron encima. Y pues no es como una respuesta que uno espera. Claro no es la aceptación de toda la sociedad, independientemente pues mientras me acepte yo, los demás pues giran, el mundo sigue girando, pero creo que la información es algo muy importante para la sociedad en general, que se brinde esa información sobre qué es una persona que es portadora, que es seropositivo y pues vaya, que no somos algo tan malo como ellos creen”.

“Lo que sería fascinante es que la gente dejara de ver ese estigma de las personas que padecen esto, que le hablaran y que las vieran como cualquier otra persona, no pasa nada, como cualquier otra enfermedad.”

DISCUSIÓN

En la presente investigación se cumplieron objetivos planteados al inicio de la misma. Del grupo de estudio la mayoría se encontraba en un rango de edad de 18 a 39 años (56.6%), pertenecían al sexo masculino (71.7%), eran solteros (62.3%), su grado máximo de estudios fue el bachillerato completo (32%), se identificaban como heterosexuales (45.3%) y se empleaban como trabajadores formales (50.9%).

En cuanto a las características clínicas la mayoría tenía un adecuado control virológico (60.4%) y tenían un recuento de linfocitos T CD4+ mayor de 500 células/ml (50.9%). El 64% de los pacientes presentaba mala adherencia al tratamiento antirretroviral mientras que el 69.8% tenía algún grado de disfunción familiar.

Al realizar la asociación entre las variables estudiadas y la pobre adherencia terapéutica, se encontró significancia estadística entre esta y la disfunción familiar (p 0.0134), el consumo de drogas (p 0.547) y tabaco (0.562) y un conteo de linfocitos T CD4+ menor de 500 células/ml (p 1.02e-0.5).

En el ámbito internacional, en el trabajo de Lizano-Pastrana y Becerra-Medina realizado en el Perú y aplicando el APGAR familiar para determinar el grado de funcionalidad en una muestra de 30 PVV de la ciudad de Lima, se encontró que la funcionalidad familiar en pacientes con VIH/SIDA fue normal un 43%, un 23% disfunción leve, 21% disfunción severa y 13% disfunción moderada, es decir, el 57% del total presentaba algún grado de disfunción familiar, resultados que son menores a los obtenidos en el presente estudio (37.7% disfunción leve, 26.4% disfunción moderada, 5.7% disfunción severa y 69.8% en total), esto probablemente a la diferencia en la cantidad de personas estudiadas, que en nuestro caso también es mayor (45).

En lo relacionado a la disfunción familiar, los resultados obtenidos se asemejan a los de Caldera-Guzmán et al. quienes realizaron un estudio transversal simple a 65 pacientes que viven con VIH de León, Guanajuato, en sus resultados describen una mayor prevalencia de solteros (43%), hombres (71%) y de escolaridad preparatoria; 64% presentó algún grado de disfunción familiar para lo cual hicieron uso del APGAR familiar como instrumento de evaluación, al igual que en esta investigación. La similitud entre ambos estudios pudiera ser explicada por el uso del mismo instrumento de recolección de datos, a una muestra similar a estudiar un grupo poblacional que, aunque pertenece a otra zona, comparte patrones de comportamiento al ser del mismo país (46).

En la investigación de Noguez-Iniesta y Sánchez-Flores realizada a 45 PVV residentes de la Ciudad de México y haciendo uso del instrumento propuesto por Víctor Sánchez para medir el grado de funcionalidad familiar, obtuvieron como

resultados que el 88.8% de las personas estudiadas pertenecían a una familia disfuncional, por lo que a pesar de haber utilizado un instrumento de recolección distinto, el porcentaje de disfunción familiar es similar al de nuestro estudio (47).

Contrario a lo que reporta Manzano-Rosas et al. en cuyo estudio descriptivo, transversal y retrospectivo realizado a 230 pacientes de la clínica de VIH del HGZ No. 1 del IMSS Oaxaca el 67.8% de las PVV estudiadas tenían una buena función familiar sólo el 32.2% presentaba algún grado de disfunción familiar. Esto podría estar relacionado al número de pacientes estudiados con respecto a nuestra investigación, a pesar de haber utilizado ambos el mismo instrumento de valoración (48).

La funcionalidad es una cuestión importante en el apego al tratamiento farmacológico entre las personas que viven con VIH, puesto que al ser una enfermedad que socialmente tiende a ser rechazada y ocultada por quienes la padecen el núcleo familiar se transforma muchas veces en el único refugio del paciente, con quien puede compartir las experiencias después del diagnóstico, sin embargo, en nuestro medio el porcentaje de disfunción familiar sigue siendo importante lo que puede producir sentimientos de tristeza y ansiedad entre los pacientes que no cuentan con otro grupo de apoyo lo que puede afectar la adherencia al tratamiento antirretroviral e influir en el estado emocional de los mismos.

Ladero-Martin y cols. investigaron la relación entre el consumo de drogas y adherencia a la terapia antirretroviral en un grupo de pacientes en programa de mantenimiento con metadona, en una muestra de 100 sujetos VIH+ que se encontraban en un programa de mantenimiento en Madrid, España. En cuanto a la adhesión al tratamiento antirretroviral, el 61.0% realizó el día anterior la toma correcta, el 58.0% lo hizo a lo largo de toda la semana y el 43% lo hizo a largo de todo el mes. Para la semana un 6% de sujetos mostraron buenos niveles de adherencia, pero solo toman correctamente la medicación entre 6-4 días por semana. Para el mes, hay otro 20.0% que toman casi todos los días del mes. Puesto que el instrumento utilizado difiere del nuestro para valorar el grado de adherencia terapéutica, la referencia sería el control semanas que coincide con lo estudiado en el cuestionario SMAQ, por lo que 64% de baja adherencia en el trabajo de Ladero-Martin coincide con el 64% obtenido en nuestra investigación, aun cuando número de personas estudiadas también varíe entre ambos trabajos. Al realizar la asociación entre variables y adherencia se encontró que el consumo de cocaína, benzodiazepinas, alcohol, cannabis y heroína tenían relación estadísticamente significativa con la baja adherencia terapéutica con valores de p entre 0.001 y 0.012. La limitación de nuestro estudio es que a pesar de coincidir en la relación estadística entre el consumo de sustancias y la no adherencia, no fueron estudiadas las sustancias consumidas por separado por lo que sería importante para estudios futuros relacionar el consumo de cada una de ellas (49).

En Brasil, un estudio realizado por da Rocha-Cabral y cols. sobre la adhesión a la terapia antirretroviral y la asociación con el uso de alcohol y sustancias psicoactivas fue desarrollado con 184 PVV. La adhesión al TARV fue clasificada en regular (67.4%), buena (32.1%) y baja (0.5%). El uso abusivo/dependencia de la marihuana y la regular/baja adhesión a la TARV fue de (100%), seguida del tabaco (77.1%) y alcohol (73.5%). A pesar de ello, el grado de dependencia de las drogas no fue evaluado como factor determinante para la buena adherencia a la TARV (en todos los casos el valor de p fue superior a 0.05). Aunque este estudio no logró demostrar relación estadística entre el consumo de sustancias y la baja adherencia terapéutica los porcentajes obtenidos se asemejan a los de nuestra investigación, contrastando que en la investigación brasileña nuevamente estudió cada sustancia por separado (50).

El abuso de sustancias ha sido considerado como un factor explicativo del deterioro neuropsicológico. Sin embargo, persisten dudas sobre la distinción entre efectos directos o indirectos e incluso sobre la interacción entre el efecto del VIH y el consumo de sustancias, por lo que Faílde-Garrido y cols. realizaron una investigación sobre la relación entre infección por VIH, consumo de drogas y rendimiento neuropsicológico en pacientes españoles. Reclutaron 113 sujetos, integrados en cuatro grupos (34 seropositivos exconsumidores de drogas por vía parenteral; 33 seropositivos en programas de mantenimiento con metadona; 19 seronegativos exconsumidores de drogas por vía parenteral y 27 seronegativos sin antecedentes de consumo). A todos ellos se les aplicó una batería neuropsicológica integrada, una entrevista semiestructurada sobre aspectos sociodemográficos, toxicológicos, neuropsiquiátricos y clínico-biológicos y una evaluación de la sintomatología ansioso-depresiva. Los sujetos seropositivos en metadona presentan mayores tasas de prevalencia del deterioro que el resto de los grupos ($p < 0.000$) y tasas más bajas de ejecución en todos los factores estudiados. Asimismo, se observa que los sujetos seropositivos como grupo presentan niveles de ejecución más bajas y tasas de deterioro más elevadas. Todos los grupos tuvieron niveles más bajos de ejecución que los sujetos seronegativos no consumidores ($p > 0.000$). Los resultados de este estudio podrían explicar que el consumo de drogas y la seropositividad son factores que se asocian al bajo rendimiento neuropsicológico que podría causar una mala adherencia al tratamiento antirretroviral (51).

En un estudio cualitativo realizado en La Habana, Cuba por Fernández-Prieto y cols. sobre la relación entre el consumo de drogas y el VIH/SIDA, se realizaron entrevistas a PVV organizadas en 6 grupos de entre 9 y 11 personas, cuyas experiencias narradas proponen que la ausencia de la percepción de riesgo de estas personas al no reconocerse como adictos o no valorar la posibilidad de serlo los hace más vulnerables a convertirse en transmisores de la infección por el VIH o a la coinfección con los virus de la hepatitis B, C u otras infecciones de transmisión sexual y no sexual que pondrían en peligro su vida. Por otra parte, se conoce que asisten por primera vez a la consulta de forma tardía, regularmente en etapas

avanzadas de la infección. Tanto el seguimiento que requieren con la realización periódica de exámenes como es el caso de los CD4 y carga viral, así como la adherencia al tratamiento antirretroviral se ve afectado en estas personas, situación que explicaría la relación entre la mala adherencia al TARV y el consumo de drogas (52).

El tabaquismo afecta la salud individual, familiar y social de las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana y el sida. Los efectos que provoca este hábito en dichas personas influyen sobre la morbimortalidad e incrementan el riesgo de sufrir diversas enfermedades, además de afectar la respuesta inmunológica al tratamiento antirretroviral. Peña-García et al. realizaron un estudio analítico de cohorte en la ciudad de Las Tunas, Cuba en una muestra de 39 pacientes. Se analizó como variable dependiente al tabaquismo en personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana y sida, y como variables independientes: la edad, años de exposición (como fumador), enfermedades que ha padecido en los últimos 5 años, estado inmunológico, y respuesta al tratamiento antirretroviral. Evidenciando que el tabaquismo en PVV afecta su estado inmunológico, demostrando una alta asociación estadística significativa (RR 8.6; $p < 0.05$). En las PVV de ese territorio se evidenció que los que fuman tienen 8.6 veces más riesgo de deterioro de su sistema inmunológico que los que no fuman. Siendo afectado el sistema inmunológico en el 63.5 % de los PVV atribuible al tabaquismo. Se determinó la relación entre el tabaquismo en PVV y la respuesta al tratamiento antirretroviral, donde se evidencia una asociación estadística significativa entre el hábito de fumar en PVV y la mala respuesta al tratamiento antiviral (RR 3.7; $p < 0.05$), teniendo 3.7 veces más riesgo de una mala respuesta al tratamiento las PVV fumadoras. De acuerdo a nuestro estudio el tabaquismo se asocia a una mala adherencia terapéutica y por ende a una pobre respuesta al tratamiento antirretroviral. Nuestro estudio se limitó a mostrar solo la relación entre el consumo de tabaco y no adherencia terapéutica contrario al estudio cubano que relacionó el hábito de fumar con el deterioro inmunológico y la respuesta farmacológica, sin medir los niveles de adherencia (53).

En un estudio llevado a cabo en el noreste de Brasil por Albuquerque-Soares et al. para medir la adherencia al TARV y los factores asociados a ella en una muestra de 253 pacientes y utilizando un instrumento validado en ese país donde se considera como no adherente aquel paciente que sólo haya ingerido menos del 90% del total de tabletas que debería tomar en la última semana. 28.4% de los estudiados resultaron no ser adherentes al tratamiento y las variables relacionadas fueron: tener una edad entre 18 y 35 años ($p 0.047$), consumo de tabaco ($p 0.037$), el que la pareja sentimental supiera del diagnóstico ($p 0.008$) y la falta de ARV ($p 0.006$). Este estudio coincide en la relación estadísticamente significativa entre tabaquismo y mala adherencia terapéutica, a pesar de usar instrumentos distintos para valorar la segunda (54).

La relación entre el consumo de tabaco se relaciona con el aumento de los niveles de ansiedad entre las personas que lo consumen, por efecto la nicotina contenida en los productos derivados del tabaco; la investigación de Esan, Shuter y Weinberger en Nueva York, Estados Unidos reafirma ese enunciado, el estudio se llevó a cabo con una muestra de 68 PVV, que fumaban en promedio 10.53 cigarrillos diariamente y sólo el 55.9% reportó una adherencia alta al tratamiento farmacológico. Hubo significancia estadística entre mayores síntomas ansiosos y más pobre adherencia (OR = 1.09, CI = 1.04–1.15, p = 0.001). Los participantes con más síntomas ansiosos reportaron mayores eventos de olvido de la medicación, olvido al momento de realizar un viaje y detener la medicación cuando los síntomas están en control. No hubo asociación entre la cantidad de cigarrillos consumidos o la frecuencia (55).

Arrieta-Martínez y cols. realizaron un estudio observacional, de corte transversal y retrospectivo, con una población de 9 835 pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana/SIDA atendidos entre 2017 a 2020 en diferentes ciudades de Colombia. Se aplicaron las escalas Morisky-Green, el cuestionario simplificado de adherencia a la medicación y la escala simplificada para detectar problemas de adherencia al tratamiento antirretroviral. Se realizó una regresión logística múltiple para evaluar los factores que mejor explican la no adherencia. Se encontró una proporción de no adherencia al tratamiento del 10% después de aplicar tres escalas diferentes a cada paciente. En el caso del tabaquismo presentó relación estadística (OR 1.96; IC 95% 1.62-2.38) situación que coincide con nuestra investigación a pesar de la diferencia sumamente considerable en el tamaño de la muestra y el número de instrumentos utilizados para valorar la adherencia terapéutica (56).

En nuestra investigación se observó la asociación entre un conteo bajo (menor de 500 células/ml) de linfocitos T CD4+ y la no adherencia al TARV. Situación que coincide con el estudio realizado por Olatayo-Adeoti et al. en 400 PVV en Ado-Ekiti, Nigeria. Para valorar la adherencia terapéutica fue empleado el cuestionario MMAS-8 (modified 8-item Morisky Medication Adherence Scale). La pobre adherencia terapéutica se observó en casi el 20% de los pacientes. La regresión logística indicó que los predictores de pobre adherencia fueron la depresión (OR 0.20; IC 95% 0.08 – 0.52; p 0.001), ansiedad (OR 0.25; IC 95% 0.09 – 0.67; p 0.006) y un conteo bajo de CD4 [(OR 15.15; IC 95% 4.24 – 54.04; p 0.0005) teniendo como corte menos de 300 células/ml] (57).

Balbaryski y cols. estudiaron la relación entre adherencia al tratamiento antirretroviral y subpoblaciones linfocitarias en niños con VIH/SIDA. Se estudiaron en modo prospectivo 28 niños argentinos (16 varones, 12 mujeres), infectados con VIH adquirido por transmisión vertical, con edades comprendidas entre 4 meses y 15 años. Los niños fueron evaluados clínicamente monitoreando su adherencia al TARV mediante encuestas y el recuento de la medicación administrada. Se

siguieron los criterios provistos por OMS como guía para estimar la adherencia al TARV. Consideraron un cumplimiento adecuado cuando la adherencia fue igual o superior al 95%. Utilizaron el test de Student para comparar los niveles de carga viral, linfocitos T CD4+ y las poblaciones naïve y memoria, antes y después del TARV. La diferencia de porcentajes estableció la significancia ($p < 0.05$) entre parámetros clínico-inmuno-virológicos, con el grado de adherencia al TARV. En el seguimiento de 28 niños con VIH/SIDA durante un período de 9 meses en promedio, se comprobó que 18 de ellos (64%), presentaron una adecuada adherencia (grupo A), mientras que los 10 restantes (36%), presentaron una adherencia inferior al 95% (grupo B). El grupo de 18 niños con buena adherencia presentó un aumento significativo en los porcentajes de células naïve y un descenso en las células de memoria central entre ambos momentos del seguimiento ($p 0.002$). Por el contrario, los 10 niños con fallas en la adherencia no mostraron diferencias significativas en los niveles de tales poblaciones. La buena adherencia al TARV produce el rápido y significativo descenso de la replicación viral lo cual se asocia a la progresiva reconstitución cuantitativa y funcional del sistema inmune. Este seguimiento no sólo de la adherencia sino del comportamiento de las poblaciones de linfocitos T CD4+ explica la importancia de la adherencia al TARV para lograr la máxima reconstitución inmune posible, a pesar de ser un estudio en población pediátrica este puede traducirse al comportamiento celular en adultos, además que sustenta lo encontrado en nuestra investigación (58).

Ahmed et al. en su estudio sobre la calidad de vida relacionada a la salud y variables predictivas en PVV y que están en TARV en Islamabad, Pakistán destacan como un factor significativamente asociado al conteo alto de linfocitos T CD4+ (>200 células/ml). Lo anterior al contrastar el conteo de 200-500 cél/ml versus <200 cél/ml con un IC 95% 0.125–0.221 y $p < 0.001$, así como el conteo de >500 cél/ml versus <200 cél/ml con un IC 95% 0.604–0.739 y $p < 0.001$. Esta investigación resulta de gran importancia porque, aunque no relacione directamente el hecho de un conteo bajo de CD4+ y una pobre adherencia al TARV, lo hace en el sentido que un conteo alto de esas células se relaciona significativamente con una mejor calidad de vida que a su vez está íntimamente asociada a un mejor apego farmacológico (59).

En cuestión de datos cualitativos, los pacientes entrevistados mencionaron haber revelado su estado serológico a sus familiares, sin embargo, aunque actualmente perciben sentimientos de aceptación y apoyo, en momentos iniciales al diagnóstico recibieron actitudes de rechazo y discriminación dentro de su núcleo familiar. Lo mismo dentro de sus círculos sociales cercanos, situación que condiciona miedo a la revelación del diagnóstico, al rechazo y la discriminación.

Los pacientes también externaron cómo se habían modificado sus relaciones de pareja, en la mayoría de los casos de forma negativa que produce cambios en la dinámica de la relación. En el ámbito religioso, los pacientes que practican una

religión percibieron ayuda para afrontar su condición y se han sentido incluidos por parte de los grupos practicantes.

Se pudo identificar que la mayoría de ellos presenta efectos negativos relacionados al estigma interiorizado, donde destacan los sentimientos de culpa, rechazo, pérdida y negación del diagnóstico, situación que a su vez genera ansiedad en los pacientes.

En cuanto a la ingesta de medicación los pacientes refirieron que sus olvidos muchas veces eran explicados por la sensación de bienestar personal, por el número de tabletas o el intervalo de administración, así como a la interposición entre los horarios laborales y los de la toma del tratamiento.

Es evidente la problemática que sigue existiendo con los servicios de salud, puesto que los entrevistados compartieron sus experiencias de rechazo por parte del personal de salud, dificultad para trasladarse a los centros de atención y la falta de comprensión de otros problemas de salud no relacionados al VIH.

Los resultados obtenidos en esta investigación concuerdan con los antecedentes evaluados. En el caso de la investigación realizada por Muñoz-Martínez en Guayaquil, Ecuador donde se realizaron 59 entrevistas a profundidad, se logró relacionar la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral debido al estigma sufrido por ser seropositivo en tres campos sociales: primero, el ámbito familiar o unidad doméstica; segundo, el comunitario, en concreto el barrio y el ámbito laboral en Guayaquil; y tercero, el institucional médico especializado en VIH (10).

Estrada-M. y cols. realizaron un estudio para evaluar los aspectos biosociales que facilitan o dificultan la adherencia al tratamiento, en ese caso se desarrolló un estudio cualitativo que combinó investigación etnográfica, enfoque hermenéutico de narrativas y análisis de las experiencias de vida de personas con VIH en Colombia. Describiendo que los aspectos que dificultan la adherencia, son las actitudes negativas relacionadas con una pobre autoimagen, capital social bajo y baja autoestima; y los factores que facilitan la adherencia son: procesos de negociación intrapersonal e interpersonal basados en el estado serológico y el tratamiento; el conocimiento de dichas negociaciones por parte de la familia, amigos, compañeros de trabajo y la pareja afectiva, se encontró como facilitador las percepciones positivas sobre el mejoramiento en la calidad de vida relacionadas con la terapia. Se encontró, sin embargo, que los factores que facilitan o dificultan la adherencia cambian rápidamente y van de la mano con alteraciones del estado de ánimo de las personas. Todas situaciones que se observan y reafirman en nuestra investigación (14).

Por su parte, Lazo-Guerrero, a partir de la recolección de cinco entrevistas a profundidad a PVV de Juigalpa Chontales, Nicaragua describió experiencias de

rechazo en el entorno social y laboral, así como que los pacientes carecen de mecanismo de afrontamiento tanto en el momento de conocer su diagnóstico como en su evolución, siendo la depresión, ira y miedo a la muerte las manifestaciones más frecuentes. Nuevamente resultados similares a los encontrados en nuestra población (15).

Sánchez-Peña et al. en España, investigaron los factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH haciendo uso de un diseño mixto secuencial explicativo. Recogieron datos cualitativos de 18 de ellas y los factores determinantes para la no adherencia fueron los personales, los interpersonales como el apoyo social-familiar, el estigma percibido y el autoestigma y factores relativos a la enfermedad y tratamiento. Aunque los resultados obtenidos en la investigación de Sánchez-Peña et al. son similares a los nuestros, se debe recalcar la limitación de nuestro estudio al no aplicarse en una muestra constituida solo por mujeres (23).

Glenniding et al. realizaron un estudio cualitativo para identificar barreras perceptuales al TARV en PVV en comunidades caribeñas y africanas. Realizaron 52 entrevistas semiestructuradas, donde se encontró que entre las barreras detectadas destacan las dudas acerca de la necesidad del TARV ante la sensación de bienestar, así como las ideas religiosas que dificultan la toma del tratamiento. Nuestra investigación coincide en el hecho de que la sensación de bienestar físico obstaculiza la adherencia terapéutica, pero difiere en el hecho que en nuestra población las creencias religiosas sí han ayudado a la aceptación del diagnóstico y a la adherencia terapéutica. Esto posiblemente debido a que las comunidades estudiadas presentan marcadas diferencias geográficas y de comportamiento social (28).

El estudio cualitativo de Bukenya et al. realizado en una muestra de 30 pacientes de comunidades de Uganda con baja adherencia terapéutica reportó como causales los efectos secundarios de la medicación, la fatiga ante el tratamiento a largo plazo y las ideas religiosas que “Dios puede curar el VIH”. En nuestro estudio no se reportaron efectos negativos del TARV y las creencias religiosas juegan un papel positivo en nuestra población, tal vez a que las ideas religiosas han sido conjuntadas por la población con el avance científico (29).

En un estudio mixto aplicado a 557 personas realizado para evaluar estigma percibido y la adherencia al tratamiento retroviral en personas que viven con VIH en la Ciudad de México por Ortíz-Hernández y cols. se reveló que las personas que ocultaban su enfermedad tuvieron mayor probabilidad de no adherencia. Los entrevistados que no habían revelado su seroestado a personas cercanas también tuvieron una mayor probabilidad de no adherencia. Coincidentemente, en las entrevistas se evidenció que las experiencias de discriminación o las expectativas de ser discriminado hacen que las personas oculten su enfermedad y esto propicia

la omisión de toma de medicamentos. Situación que coincide con lo observado en nuestra investigación a pesar de la diferencia en el tamaño de la muestra, tal vez, explicado por ser una población que comparte la idiosincrasia del mismo país (36).

Según explica Susan Sontag, la vergüenza se acompaña de una sensación de culpa; y el escándalo no es desapercibido. Tener VIH es ponerse en evidencia como miembro de algún grupo de riesgo. La enfermedad permite visibilizar una identidad que podría haber permanecido oculta para los vecinos, los compañeros de trabajo, la familia, los amigos. La transmisión sexual del VIH, considerada generalmente como una calamidad que uno mismo se ha buscado, en particular porque se comprende que el VIH “es una enfermedad debida no solo al exceso sexual sino a la perversión sexual”. Una enfermedad infecciosa cuya vía de transmisión más importante es de tipo sexual, pone de manifiesto a quienes tienen vidas sexuales más activas, por ellos es fácil pensar en ella como un castigo (60).

CONCLUSIÓN

La investigación nos reveló que el 64% de la población estudiada no tiene una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral, de estos el 89% presentaba algún grado de disfunción familiar, siendo el más prevalente el leve con 44%.

El análisis multivariado evidenció una relación estadísticamente significativa entre una pobre adherencia terapéutica y la disfunción familiar, el consumo de tabaco y drogas y un conteo de linfocitos T CD4+ <500 células/ml, lo que confirma la hipótesis planteada y coincide con investigaciones realizadas tanto en nuestro país como en otras partes del mundo.

En cuanto al análisis cualitativo, los pacientes tienen actualmente una percepción de apoyo principalmente de su núcleo familiar, lo que favorece la adherencia terapéutica, lo mismo que haber revelado su estado serológico a amigos cercanos y sentirse parte de grupos religiosos.

Las principales barreras que dificultan la adherencia fueron relacionadas al estigma interiorizado, el número de tabletas que componen el tratamiento y los intervalos de administración, el sentimiento de bienestar, así como las dificultades para trasladarse a los centros de atención médica y los procesos institucionales para poder obtener la medicación.

A pesar de la percepción actual, en momentos posteriores a al diagnóstico, los entrevistados experimentaron sentimientos de rechazo, miedo y culpa, situación que aún condiciona en ellos desconfianza a la revelación de su estado por temor al estigma y discriminación que persiste en nuestro medio.

Nuevamente, los resultados obtenidos coinciden con investigaciones anteriores a la nuestra en el hecho de que el apoyo familiar y social son esenciales para lograr la completa aceptación y favorecer la adherencia terapéutica lo que impactará en una mejor calidad de vida para los pacientes, aunque difiere en el sentido que el apoyo de grupos religiosos han sido favorables en nuestro medio, contrario a lo descrito en otros países. Se observaron también nuevas tendencias sobre las dificultades para obtener el tratamiento antirretroviral, estas propias de los procedimientos de la institución de salud donde son atendidos.

Se concluye que los objetivos propuestos al inicio de la investigación sí se han cumplido y esta abre la puerta a la realización de nuevos estudios que complementen los fenómenos descritos y se realicen intervenciones para derribar las barreras que impiden tener una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral.

RECOMENDACIONES

- Promover el manejo interdisciplinario de las personas que viven con VIH, incluyendo los servicios de medicina interna/infectología, medicina familiar, psicología y trabajo social.
- Realizar modificaciones a los procesos institucionales para que los pacientes VIH+ pueden acceder a su medicación en las Unidades de Medicina Familiar u Hospitales Generales de Zona o Subzona sin tener que trasladarse constantemente sólo para el surtimiento de recetas.
- Valorar la implementación de un modelo de seguimiento clínico de los pacientes con adecuado control virológico por parte del médico familiar con ayuda del equipo interdisciplinario de primer nivel y valoraciones anuales por los servicios de medicina interna/infectología de acuerdo a evolución.
- Ofrecer capacitación continua en temas relacionados al VIH para el personal que labora en las unidades de atención a la salud con el objetivo de eliminar el estigma y discriminación en esos espacios.
- Realizar campañas de detección a la población general y tamizaje oportuno en poblaciones clave para favorecer el diagnóstico oportuno y así evitar el inicio de tratamiento con un recuento bajo de linfocitos T CD4+.
- Sensibilizar al paciente de forma constante sobre la importancia de la adherencia terapéutica como parte del cuidado de su salud.
- Canalizar de forma oportuna cuando se detecten problemas de salud emocional a los servicios de psicología disponibles, estos servicios deberán realizar manejo y seguimiento de acuerdo a la problemática.
- Identificar las redes de apoyo con las que cuenta el paciente y ayudar a la revelación del diagnóstico, cuando el paciente lo considere pertinente, creando un ambiente de seguridad y aceptación.
- Fomentar la participación del personal de trabajo social en la atención y seguimiento de los pacientes VIH+ con problemáticas sociales, promoviendo la creación de grupos de autoayuda, reuniones con los actores principales de sus redes de apoyo y educando a los mismos en el autocuidado de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SESIDA), Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA). Documento informativo sobre la infección por VIH. 1ra. ed. España: Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida; 2017.
2. Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, A. C. 70 años. Una historia de innovación. 1ra. ed. México: Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica, A.C; 2020.
3. Secretaría de Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. 1ra. ed. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2020.
4. Terrazas-Estrada JJ. A 30 años de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev Alergia Méx.* 2011;58(4):205–212.
5. Secretaría de Salud. Informe Histórico VIH 4to trimestre 2021. 1ra. ed. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2022.
6. Censida/Secretaría de Salud. Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH. 10ra. ed. Ciudad de México: Censida/Secretaría de Salud; 2021.
7. Torres-Torija CS, Vázquez-Cruz G, Noguez-Noguez S, Jaimes-Hernández AC, Martín-Chapa MI. Indicadores de adherencia al tratamiento antirretroviral de una población mexicana VIH+. *Alternativas en Psicología.* 2016;1(35): 88-106.
8. Varela-Arévalo MT, Hoyos-Hernández PA. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev. Salud Pública.* 2015;17 (4): 528-540.
9. Contreras-Jara B, Cordero-Álvarez F, Pino-Morales V, Ávalos-Blaser J. Adherencia al tratamiento antirretroviral de la persona adulta viviendo con VIH/SIDA. *Benessere. Revista de Enfermería.* 2021;6(1):1–11.
10. Muñoz-Martínez R. El estigma y la discriminación en los procesos de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Un análisis en el contexto familiar, comunitario e institucional médico en Guayaquil (Ecuador). *Aposta. Revista de Ciencias Sociales.* 2018;3(78);33-67.
11. Muñoz-Martínez R. Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y SIDA en Guayaquil, Ecuador. *Andamios.* 2018;15(36);311-341.
12. García Peña JJ, Tobón BA. El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida. *Psicología y Salud.* 2020;30(1); 83-94.
13. Santoro P, Conde F. Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativo. *Revista Multidisciplinar del SIDA.* 2013;1(1);41-58.
14. Estrada JH, Martínez AG, Abadía CE. Factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2008: 26(2); 134-142.
15. Lazo-Guerrero YA. Experiencia vivencial de personas adultas diagnosticadas

- con VIH positivo de Juigalpa, Chontales. *Revista Científica de FAREM-Estelí*. 2019: 8(32); 55-64.
16. Radusky P, Mikulic I. Impacto emocional del diagnóstico de VIH en personas residentes en Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones - Facultad de Psicología - UBA*. 2018: 25(25);107-116.
 17. Bran-Piedrahita L, Palacios-Moya L, Bermúdez-Román V, Posada-Zapata IC. Cambios percibidos en la vida cotidiana por adultos que viven con VIH. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*. 2018:25(76);57-74.
 18. Valle-Espín MC, Villacreces-García FE, Chippe-Villacres JG, Palma-Roditi MA, Jarrín-Maisincho KJ. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2018: 2(1); 488-501.
 19. Neria-Mejía R, Sánchez-Sosa JJ, Riveros-Rosas A. Psicoeducación para la adherencia al tratamiento antirretroviral: la metáfora del reloj de arena. *Psicología y Salud*. 2020: 30(2); 217-229.
 20. Radusky P, Mikulic I. Experiencia y percepción de estigma relacionado con el VIH en varones con orientación homosexual. *Salud y Sociedad*. 2019: 10(2); 110-127.
 21. Radusky P, Zalazar V, Arístegui I. Crecimiento postraumático en hombres gays con VIH en Buenos Aires, Argentina. *Psicología y Salud*. 2022: 32(1); 93-104.
 22. Arévalo-Mora L. Experiencias y narrativas de mujeres con VIH, víctimas de violencia de pareja en Bogotá (Colombia). *Rev Med*. 2019: 41 (4); 299-321.
 23. Sánchez-Parra S, et al. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. *Enfermería Global*. 2021: 20(2); 1-34.
 24. Belmar J, Stuardo V. Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. *Rev Chilena Infectol*. 2017: 34 (4); 352-358.
 25. Martawinarti N, Nursalam N, Wahyudi AS. Lived Experience of People Living with HIV/AIDS Undergoing Antiretroviral Therapy: A Qualitative Study. *Jurnal Ners, Special Issues*. 2020: 15(2); 157-163.
 26. Engler K, Lènart A, Lessard D, Toupin I, Lebouché B. Barriers to antiretroviral therapy adherence in developed countries: a qualitative synthesis to develop a conceptual framework for a new patient-reported outcome measure. *AIDS Care*. 2018: 30(1); 17-28.
 27. Galea J, et al. Barriers and facilitators to antiretroviral therapy adherence among Peruvian adolescents living with HIV: A qualitative study. *PLoS ONE*. 2018: 13(2); 1-19.
 28. Glendinning E, et al. A Qualitative Study to Identify Perceptual Barriers to Antiretroviral Therapy (ART) Uptake and Adherence in HIV Positive People from UK Black African and Caribbean Communities. *AIDS and Behavior*. 2019: 23(9); 2514–2521.
 29. Bukenya D, Mayanja BN, Nakamanya S, Muhumuza R, Seeley J. What

- causes non-adherence among some individuals on long term antiretroviral therapy? Experiences of individuals with poor viral suppression in Uganda. *AIDS Res Ther.* 2019; 16(2); 1-9.
30. Vervoort S, Borleffs J, Hoepelman A, Grypdonck M. Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. *AIDS.* 2007; 21(3); 271-281.
 31. Farhoudi B et al. Barriers to Adherence to Antiretroviral Treatment Among Inmates of a Prison in Tehran, Iran: A Qualitative Study. *Arch Clin Infect Dis.* 2018; 13(2); 52-58.
 32. Madiba S, Josiah U. Perceived Stigma and Fear of Unintended Disclosure are Barriers in Medication Adherence in Adolescents with Perinatal HIV in Botswana: A Qualitative Study. *BioMed Research International.* 2019; 22(1); 1-9.
 33. Albuquerque Soares R, de Brito AM, Lima K, Lapa TM. Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in northeastern Brazil: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2019; 137(6); 479-485.
 34. Paramesha AE, Chacko LK. Predictors of adherence to antiretroviral therapy among PLHIV. *Indian J Public Health.* 2019; 63(4): 367-376.
 35. Villalvir MI, Murillo CR, Paredes LC, Matute FA. Emociones y adherencia al tratamiento en pacientes con virus de inmunodeficiencia. *Rev.Cient.Esc.Univ.Cienc.Salud.* 2020; 7(2): 8-17.
 36. Ortiz-Hernández L, Pérez-Salgado D, Staines-Orozco G, Compeán-Dardón S. Estigma percibido por VIH y adherencia al tratamiento retroviral en personas con VIH en la Ciudad de México. *Rev Chil Salud Pública.* 2021; 25(1); 15-27.
 37. Ortiz-Hernández L, Pérez-Salgado D, Miranda-Quezada IP, Staines-Orozco G, Compeán-Dardón S. Experiencias de homofobia y adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). *Saúde Soc. São Paulo.* 2021; 30(4); 1-12.
 38. Plascencia de la Torre JC, Chan Gamboa EC, Salcedo Alfar JM. Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA. *Rev. CES Psico.* 2019; 12(3); 67-79.
 39. Gutiérrez-Gabriel I, et al. Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Rev Chilena Infectol.* 2019; 36 (3); 331-339.
 40. Peñarrieta MI, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2009; 26(3); 333-337.
 41. Salgado Jiménez MA, et al. Calidad de vida y factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH. *Aten Fam.* 2018; 25(4); 136-140.
 42. Asociación Médica Mundial [Internet]. Francia: Asociación Médica Mundial; 2017 [citado 22 de abril de 2022]. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; [4 p.]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki->

de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

43. Cámara de Diputados LXV Legislatura [Internet]. Ciudad de México: Cámara de Diputados LXV Legislatura; 6 de enero de 1987 [actualizado 02 de abril 2014; citado 22 de abril 2022]. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud; [31 p.]. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf.
44. Comisión Nacional de Bioética [Internet]. Ciudad de México: Código de Nuremberg; 2012 [actualizado 29 de septiembre de 2014; citado 22 de abril de 2022]. Código de Nürenberg; [1 p.]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf
45. Lizano-Pastrana K. Funcionalidad familiar en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Ventanilla, 2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2019. Recuperado a partir de: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/48809>
46. Caldera-Guzmán D, Pacheco-Zavala M. Funcionalidad familiar del paciente con VIH-SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato. *El Residente*. 2020; 15(2); 48-53.
47. Noguez-Iniesta M. Disfunción familiar en pacientes seropositivos al virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y con diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en una unidad de primer nivel de atención [Tesis de posgrado]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2000. Recuperado a partir de: <http://132.248.9.195/pd2001/296403/296403.pdf>
48. Manzano-Rosas RG et al. Asociación de la funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en un hospital del IMSS Oaxaca. *Avan C Salud Med*. 2020; 7(4); 111-121.
49. Ladero-Martín I, et al. Consumo de drogas y adherencia a la terapia antirretroviral de pacientes en programa de mantenimiento con metadona. *Adicciones*. 2005; 17(3); 203-214.
50. Da Rocha-Cabral J, et al. Adhesión a la terapia antirretroviral y la asociación en el uso de alcohol y sustancias psicoactivas. *Enfermería Global*. 2018; 17(4); 1-35.
51. Faílde-Garrido JM, et al. Infección por VIH, consumo de drogas y rendimiento neuropsicológico. *An Med Interna*. 2005; 22(12); 569-574.
52. Fernández PB, Puertas ÁD, Minaberriet CE. Relación entre consumo de drogas y VIH/sida. La Habana, 2012-2013. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*. 2014; 11(1); 1-6.
53. Peña-García Y, et al. La carga del tabaquismo en el proceso salud-enfermedad en personas con el virus de inmunodeficiencia humana y el sida. *Rev. Finlay [online]*. 2017; 7(3); 179-186.
54. Albuquerque Soares RC, et al. Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in northeastern Brazil: a cross-sectional study.

- Sao Paulo Med J. 2019: 137(6); 479-85.
55. Esan H, Shuter J, Weinberger A. The relationship of anxiety and smoking behaviors to medication adherence among cigarette smokers living with HIV. *Addictive Behaviors*. 2019: 90 (1); 301–305.
 56. Arrieta-Martínez JA, et al. Factores relacionados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH/sida. *Farm Hosp*. 2022:46(6); 319-26.
 57. Olatayo-Adeoti A, et al. Survey of antiretroviral therapy adherence and predictors of poor adherence among HIV patients in a tertiary institution in Nigeria. *Pan African Medical Journal*. 2019: 33(277); 1-8.
 58. Balbaryski J, et al. Relación entre adherencia al tratamiento antirretroviral y subpoblaciones linfocitarias en niños con HIV/SIDA. *MEDICINA (Buenos Aires)*. 2013: 73; 324-330.
 59. Ahmed A, et al. Health-related quality of life and its predictors among adults living with HIV/AIDS and receiving antiretroviral therapy in Pakistan. *Quality of Life Research*. 2021: 30;1653–1664.
 60. Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas / El sida y sus metáforas*. Ciudad de México: Penguin Random House; 2022.

ANEXOS

Anexo No. 1 - Un estudio cualitativo sobre factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH en un hospital de segundo nivel de Acapulco, Guerrero - Carta de no inconveniente.



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL GUERRERO
Hospital General Regional No.1 "Vicente Guerrero"
Coordinación de Educación e Investigación en Salud

Acapulco Guerrero 22 de abril del 2022

ASUNTO: Carta de no Inconveniente

Dr. Joaquín González Ibarra
Presidente del Comité Nacional de Investigación Científica
PRESENTE

Por este medio me permito manifestar que no existe Inconveniente que en este hospital se realice la ejecución del estudio de investigación que lleva título:

Un estudio cualitativo sobre factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH en un hospital de segundo nivel

El protocolo está dirigido por la Dra. Maria de los Angeles Salgado Jimenez, investigador responsable adscrito Coordinación Clínica de educación e Investigación en Salud del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Guerrero, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se le autoriza realizar el estudio una vez que el protocolo presente dictamen de autorizado por el Comité Local de Investigación en Salud y que esté basado en los principios éticos vigentes.

Así mismo el equipo de Investigación se compromete a respetar la confidencialidad y privacidad de los datos, comprometiéndose a solo recolectar los datos necesarios para la investigación, sin recolectar información personal, identificando a cada paciente con un número de folio e iniciales. Los investigadores además han adquirido el compromiso además a jamás revelar la identidad de los participantes en ninguna publicación que surja en el presente protocolo.

DR. SALOMÓN GARCÍA ANDRACA
DIRECTOR
"Seguridad y Solidaridad Social"
VICENTE GUERRERO
IMSS
Dr. Salomón García Andraca
Director del Hospital General Regional Núm. 1 "Vicente Guerrero"

Anexo No.2 - Un estudio cualitativo sobre factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH en un hospital de segundo nivel de Acapulco, Guerrero Consentimiento informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Un estudio cualitativo sobre factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH en un hospital de segundo nivel de Acapulco, Guerrero.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Acapulco de Juárez, Guerrero; 2021-2022.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar y comprender los factores que influyen en la falta de adherencia terapéutica de pacientes diagnosticados con VIH del Hospital General Regional No.1 "Vicente Guerrero" en Acapulco.
Procedimientos:	Se realizará una entrevista semiestructurada sobre aspectos psicosociales y conductas personales así como ideas perceptivas de cada paciente.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar factores psicosociales relacionados a sus conductas no adherentes y trabajar en la solución de esas situaciones para lograr un buen apego terapéutico.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador se compromete a dar información oportuna relacionada con la investigación y sus resultados.
Participación o retiro:	Los pacientes pueden retirarse del estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información obtenida será tratada en forma confidencial, de acuerdo a las consideraciones éticas establecidas.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:	Trabajar en la modificación de conductas no adherentes para lograr un buen apego terapéutico.
------------------------------------	---

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Dra. María de los Ángeles Salgado Jiménez. Correo electrónico: ansaji83@hotmail.com
Colaboradores:	Dr. Mirko Jozic López Castro. Correo electrónico: mirkolc@outlook.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

_____	_____
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Anexo No.3 - Un estudio cualitativo sobre factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH en un hospital de segundo nivel de Acapulco, Guerrero - Instrumento de recolección.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL
“VICENTE GUERRERO” No. 1

ESTUDIO SOCIAL MEDICO

NOMBRE DEL ASEGURADO		
UMF.	C.	T -

EDAD () SEXO MASCULINO () FEMENINO ()

DATOS GENERALES	ESTADO CIVIL		OCUPACION			
	DOMICILIO					
	CIUDAD, ESTADO ACAPULCO, GRO.			TELEFONO		
	NOMBRE DEL MEDICO FAMILIAR			MATRICULA		
	FECHA DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO					
		DIA	MES	AÑO		
	ESTUDIO SOLICITADO POR PROGRAMA					
DATOS DE EXPLORACION DEL CASO	OBJETIVO DEL ESTUDIO					
	DATOS DEL PACIENTE:					
	DATOS FAMILIARES:					
INGRESO			EGRESO			
PACIENTE	\$		ALIMENTACION	\$		
			AGUA	\$		
			LUZ	\$		
			PASAJES	\$		
			GAS	\$		

TOTAL \$	TOTAL \$
----------	----------

D A T O S D E E X P L O R A C I O N	CONDICIONES DEL HOGAR		
D I A G N O S T I C O S O C I A L M E D I C O	DEL ASEGURADO		
" P L A N D E T R A T A M I E N T O S O C I A L	PLAN DE TRATAMIENTO SOCIAL		
ACCIONES REALIZADAS			
FECHA DE TERMINACION DEL ESTUDIO			
TRABAJADORA SOCIAL			
NOMBRE	MATRICULA	FIRMA	

Anexo No. 4 - Un estudio cualitativo sobre factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH en un hospital de segundo nivel de Acapulco, Guerrero - Apgar familiar.

Aspecto	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
2. Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
4. Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
5. Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios en la casa c) el dinero					

Anexo No. 5 - Un estudio cualitativo sobre factores sociodemográficos asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH en un hospital de segundo nivel de Acapulco, Guerrero - Cuestionario SMAQ.

1. alguna vez, ¿olvida tomar la medicación?	SI	no
2. ¿Toma los fármacos a la misma hora?	SI	no
3. ¿Cuándo se encuentra mal deja de tomar la medicación?	SI	no
4. ¿Olvida tomar la medicación durante el fin de semana?	SI	no
5. En la última semana, ¿cuántas veces se le olvidó?	A. Ningún día	B. 1 día
	C. de 2-3 días	D. 4-5 días
		E. > 5 días