

Situación en que viven y adhesión al tratamiento en mujeres y hombres de San Luis Potosí con VIH/SIDA

Life situations and therapeutic adherence of women and men living with HIV/AIDS

Ismael García Cedillo*, Mónica Rodríguez Delgado*

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue comparar la situación en que viven y el nivel de adhesión al tratamiento de una muestra de 29 mujeres y 47 hombres mexicanos que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA). Se aplicó una entrevista semiestructurada. Aunque todos los participantes de la investigación viven en condiciones difíciles, éstas son más complejas para las mujeres: tienen escolaridad escasa, la mayoría viven solas y se tienen que hacer cargo de los hijos, enfrentan fuertes estresores económicos y pocas cuentan con apoyo familiar. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el modo de transmisión ($p \leq 0.00$), uso de alcohol ($p \leq 0.03$) y apoyo familiar ($p \leq 0.00$), entre otras. Hombres y mujeres mostraron un nivel de adhesión insuficiente para garantizar su salud.

ABSTRACT

The purpose of this study was to compare the life situations and level of therapeutic adherence of a sample of 29 women and 47 men from the Mexican state of San Luis Potosi living with HIV/AIDS. A semi-structured interview was administered. All participants live under very difficult conditions, particularly women: they have poor schooling, live alone and in charge of their children, with economic strains and poor family support. Statistically significant differences were found between male and female participants regarding transmission mode ($p \leq 0.00$), alcohol use ($p \leq 0.03$) and family support ($p \leq 0.00$), among others. Women and men showed insufficient levels of therapeutic adherence to guarantee a healthy life style.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) (ONUSIDA, 2010), se han realizado importantes esfuerzos internacionales para prevenir y controlar la epidemia del VIH, por lo cual se ha logrado detenerla y revertirla. Hoy en día, menos personas alrededor del mundo se están muriendo a causa del SIDA. Se estima que en 1999 la epidemia de VIH alcanzó un pico, y desde entonces ha disminuido un 19% globalmente (ONUSIDA, 2010). A nivel mundial, en 2011 aproximadamente 34 millones de personas vivían con VIH/SIDA. El número de nuevas infecciones siguió bajando, en 2011 hubo un 20% menos infecciones que en 2001, aunque las epidemias nacionales siguen aumentando en algunas partes del mundo (ONUSIDA, 2012). La ONUSIDA reconoce la importancia de conocer los valores, la idiosincrasia y la estructura social de los países para lograr mejores resultados en sus esfuerzos de prevención (ONUSIDA, 2010), resaltando la magnitud de conocer los constructos sociales alrededor de variables como la de género para combatir con mayor eficacia

Recibido: 25 de septiembre de 2013
Aceptado: 11 de junio de 2014

Palabras clave:

Adherencia terapéutica; mujeres; VIH/SIDA; México; género.

Keywords:

Therapeutic adherence; women; HIV/AIDS; Mexico; gender.

Cómo citar:

García Cedillo, I. & Rodríguez Delgado, M. (2014). Situación en que viven y adhesión al tratamiento en mujeres y hombres de San Luis Potosí con VIH/SIDA. *Acta Universitaria*, 24(4), 3-14. doi: 10.15174.au.2014.515

* Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Álvaro Obregón 64, Centro Histórico, San Luis Potosí, S.P.L., México. C.P. 78000. Tel.: (444) 8253127. Correos electrónicos: ismaelgace@yahoo.com.mx; monicard31@hotmail.com

dicha epidemia. La presente investigación tiene como uno de sus propósitos describir la situación en que vive un grupo de mujeres y hombres diagnosticados por el VIH en el estado de San Luis Potosí, México, con el fin de identificar acciones de prevención y tratamiento más efectivos con una perspectiva de género.

Al hablar de género se habla de todos los atributos y funciones que socialmente dictan la condición de ser hombre y mujer, variando según la comunidad, la generación y el tiempo (ONUSIDA, 2000; Kendall & Pérez-Vázquez, 2004). Como resultado de los constructos sociales relacionados con el género, “las mujeres tienden a sustentar menos poder y menores privilegios” (Kendall & Pérez-Vázquez, 2004). Los mismos autores mencionan que la vulnerabilidad de la mujer al contagio del VIH abarca diversos ámbitos: el género, el socioeconómico, el biológico y el epidemiológico, cada uno relacionado con los otros.

En México, el ser una mujer seropositiva conlleva un estigma social que dificulta su prevención y tratamiento (ONUSIDA, 2000). En los países con ingresos medios o bajos “un 52% de las personas que viven con VIH/SIDA son mujeres” (ONUSIDA, 2013). Disminuir los casos de VIH/SIDA en mujeres y niñas significa trabajar en la equidad de género, en la protección contra la violencia, en promover la independencia económica y en ofrecer un ambiente social efectivo en la prevención del VIH (ONUSIDA, 2000; ONUSIDA, 2010).

Por lo anterior, es imprescindible unirse a los esfuerzos de ONUSIDA en buscar cero nuevas infecciones y en tomar muy en cuenta los valores, las creencias y la estructura social de la sociedad mexicana, lo cual permitirá realizar esfuerzos más eficaces para combatir esta epidemia.

Otro de los propósitos de la presente investigación se enfoca en identificar la adhesión al tratamiento en un grupo de mujeres y hombres diagnosticados con el VIH. La importancia de la adhesión al tratamiento no puede ser subestimada. Los avances en la medicina han permitido que la infección por VIH pase de ser una enfermedad mortal a una enfermedad crónica, pero ello requiere de un estricto apego a las indicaciones médicas (Reback, Larkins & Shoptaw, 2003) y al logro de cambios en el estilo de vida.

Una excelente adhesión al tratamiento asegura una mejoría tanto en la salud como en la calidad de vida, por ello es necesario identificar los factores que pueden estar asociados con su logro. Por otro lado, si no se logra una excelente adhesión, el paciente corre

el riesgo de tener una seria recaída en su salud, además de que se incrementan las posibilidades de que el virus mute, haciéndolo más resistente e inmune al tratamiento (Carrillo-Martínez, García-Lozada & Sierra-Corona, 2005; Delahanty, Bogart & Figler, 2004). La situación mencionada se podría complicar más si el paciente llegara a transmitir este virus mutado, que poco a poco adquiere fuerza y resistencia a cualquier tipo de medicamento (Delahanty *et al.*, 2004; Paredes-Castellanos, 2002; Reback *et al.*, 2003; Weiss, French, Finkelstein, Walters, Mukherjee & Agins, 2003). Es decir, identificar los factores asociados a la adhesión al tratamiento ayudará a crear programas preventivos y de intervención dirigidos a su incremento, así como para asegurar un mejor control de la enfermedad. Por ello, interesa identificar los factores asociados a una buena adhesión al tratamiento, considerando la variable de género.

Se parte de las hipótesis: *a)* la adhesión en hombres y mujeres es diferente, siendo más baja en el caso de las mujeres (Carrieri *et al.*, 2003; Delahanty *et al.*, 2004), y *b)* la confidencialidad y el apoyo social juegan un papel importante para el logro de una buena adhesión (López-Martínez *et al.*, 1999), además de otras variables en las que puede haber diferencias entre hombres y mujeres.

Antecedentes

Se ha planteado desde el inicio de esta pandemia que la migración y el VIH constituyen fenómenos asociados (Bronfman, Leyva, Negroni, Rueda, Kageyama & Hernández, 2004). Algunos estudios han identificado la migración como “un factor de riesgo para la propagación del virus” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003). Estos estudios consideran que “la migración conlleva cambios en la conducta sexual de los individuos, quienes con frecuencia realizan prácticas riesgosas que favorecen la propagación de infecciones de transmisión sexual, como es el VIH” (OMS, 2003). Es decir, los contextos sociales de migración incrementan comportamientos que colocan a hombres y mujeres migrantes en riesgo de infección por el VIH (Kendall & Pérez-Vázquez, 2004). Además, se ha encontrado que las cónyuges de los trabajadores migrantes corren mayor riesgo de contagio, sobre todo después de que éstos han trabajado en países donde hay una alta prevalencia del VIH, como en Estados Unidos de América (EUA) y algunos países de Centroamérica (OMS, 2003). Incluso en EUA, la epidemia se ha feminizado. Un cuarto de las personas infectadas son mujeres, especialmente

las mujeres de color, en quienes la infección por VIH/SIDA fue la primera causa de muerte en mujeres de 25-34 años de edad, mientras que en las mujeres latinas de 35-44 años fue la cuarta (*Centers for Disease Control and Prevention* [CDCP], 2007).

En México, al 30 de junio de 2013 se habían diagnosticado y registrado 164 422 casos acumulados de SIDA, de los cuales 134 946 (82%) eran hombres y 29 476 (18%) mujeres; y se habían registrado 36 714 casos acumulados de VIH, de los cuales 26 697 (72.8%) eran hombres y 10 017 (27.2%) mujeres (Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH y el SIDA [Censida], 2013). Kendall & Pérez-Vázquez (2004) consideran que “las mujeres mexicanas son mayormente vulnerables a la infección por el VIH por relaciones sexuales, las condiciones de migración de éstas y de sus parejas masculinas, y los comportamientos bisexuales de tales parejas”. Agregan que el 80% de las mujeres se infecta por relaciones heterosexuales, la mayor parte de ellas con sus parejas masculinas (Kendall & Pérez-Vázquez, 2004).

Adhesión al tratamiento

El hecho de que el VIH/SIDA ya no sea necesariamente una enfermedad mortal ha dado nuevas esperanzas a mucha gente (Chesney, 2003; Ciasullo & Escovitz, 2005). Con los tratamientos disponibles, la persona puede recuperar su salud y su vida, pero ello requiere que los pacientes alcancen una adhesión al tratamiento muy elevada, de por lo menos del 95% (Chesney, 2003; Ingorsoll, 2004).

Pese al aumento significativo en la esperanza de vida que ofrecen los nuevos tratamientos antirretrovirales, hay muchos pacientes que no son adherentes (Chesney, 2003; Weiss *et al.*, 2003). Tener una adhesión regular o mala significa para el paciente serias complicaciones: existe un detrimento en la salud, un aumento en la carga viral y una disminución de células, lo cual lo expone a enfermedades oportunistas (McDonnell-Holstad, Dilorio & McCarty, 2011).

Además, como se mencionó antes, existe la posibilidad de que el paciente desarrolle resistencia al medicamento; es decir, si el paciente no se toma el medicamento como es recomendado, el virus se empieza a volver inmune a dicho medicamento (Chesney, 2003; Reback *et al.*, 2003; Weiss *et al.*, 2003). Esto significa que le resultará más difícil al personal médico encontrar un régimen terapéutico que realmente le ayude al paciente a mejorar; y existe el riesgo de que el virus, ya resistente al

medicamento, se transmita a otras personas (Chesney, 2003; Delahanty *et al.*, 2004; Reback *et al.*, 2003; Weiss *et al.*, 2003). En un ámbito más amplio, la adhesión al tratamiento es indispensable para el control de la epidemia.

Otra cuestión a considerar es que la adhesión al tratamiento es muy difícil de definir. No se trata solamente de que el paciente “acate” u obedezca las prescripciones médicas, sino se requiere su participación activa y comprometida. En el presente estudio se entiende la *adherencia* como el grado en que el paciente se compromete en el seguimiento de las instrucciones médicas (lo que involucra la toma del medicamento, la realización de análisis y la asistencia a consultas), aunque se sabe que dicha definición tendría que ser más amplia, pues no garantiza el control del VIH/SIDA (Varela, Salazar & Correa, 2008). Si el paciente logra desarrollar una adhesión al tratamiento apropiada significará para él o ella una mejora significativa en su salud y en su calidad de vida (Reback *et al.*, 2003). Incluso, un paciente que se encuentra en la fase de SIDA puede tener una mejoría importante y regresar a la fase asintomática.

En distintos estudios relacionados con la adhesión al tratamiento de pacientes mexicanos se dan cifras inconsistentes. Lamas-Bojorquez, García-González, López-Romero, Amador-Lara & Andrade-Villanueva (2001) encontraron buenos niveles de adhesión en el 62% de los sujetos de su estudio, mientras que López-Martínez *et al.* (2000) no encontraron a ninguno que fuera adherente al 100%.

Por otro lado, sólo 30% de los pacientes mexicanos que viven con VIH/SIDA estaba recibiendo tratamiento antirretroviral (García-Cadena, Ballester-Arnal & Piña-López, 2012). Es decir, menos de un tercio de personas seropositivas está recibiendo tratamiento para una enfermedad crónica que puede ser manejada de manera oportuna y eficaz.

Ahora bien, ¿cómo se puede ayudar a las personas con VIH/SIDA a ser adherentes? La respuesta a esta pregunta implica tomar en cuenta una serie de factores. Por ejemplo, se deben considerar las características del régimen terapéutico, como el número de pastillas diarias. Por otro lado, las personas tienen que incorporar la ingesta de medicamentos a su vida diaria, lo cual implica interrupciones en el trabajo, escuela, reuniones y, a veces, en el sueño. Si a esto le agregamos que pueden ser varias tomas al día, el paciente puede empezar a perder dosis (Durante *et al.*,

2003; Harzke, Williams, Nilsson-Schonnesson, Ross, Timpson & Keel, 2004; Johnston & Mann, 2003; Reback *et al.*, 2003; Remor, 2002). Además de lo anterior, el paciente debe poseer una comprensión amplia del régimen terapéutico al cual está sujeto ya que, como reportaron Hill, Kendall & Fernández (2003), hay pacientes que son adherentes a un tratamiento totalmente desconocido o incorrecto. Otro factor es la relación que se establece entre el personal de salud y el paciente (Dorz *et al.*, 2003; Reback *et al.*, 2003; Wagner, Kanouse, Koegel & Sullivan, 2004; Witteveen & Ameijden, 2002), ya que la actitud de los proveedores de salud puede facilitar o dificultar la adhesión. Ramírez, Palacios-Martínez & Guerra (1993) señalan que es frecuente que los profesionales de la medicina prescindan de una actitud de empatía y, por lo tanto, impiden la co-atención de pacientes. Una relación favorable entre médico y paciente puede favorecer fuertemente la adhesión (Murphy, Marelich, Hoffman & Steers, 2004), pues el paciente debe sentirse con la libertad de expresar sus inquietudes con respecto a la enfermedad y a su tratamiento, y debe tener la confianza suficiente para pedirle al servidor de salud que aclare sus dudas.

En el caso de las mujeres con VIH, es muy probable que sufran un doble o triple proceso de marginación: por ser mujeres, por tener VIH y, en el caso de muchas mujeres mexicanas, según la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [Conapred], 2010), tal vez por ser, además, pobres. Las razones anteriores hacen imprescindible que los proveedores de salud tengan que hacer un mayor esfuerzo para ganarse su confianza y así facilitar que puedan expresarle sus dudas. Por otra parte, se deben tomar en cuenta para el logro de la adhesión variables demográficas, sociales, personales y familiares. Importan, de manera específica, las variables que están relacionadas con el género, pues en México, como se dijo antes, todavía existen diferencias importantes de género que complican el estatus de las mujeres infectadas con el VIH, y la mujer seropositiva se enfrenta con un mayor estigma y rechazo que el hombre (ONUSIDA, 2000). Se debe considerar que hay aumento de infecciones por VIH en las mujeres en todo el mundo (ONUSIDA, 1997). La epidemia, que era principalmente de hombres, aumentó en la cantidad de mujeres infectadas: en Francia se observó un aumento del 20% de mujeres infectadas de 1985 a 1995, en España hubo un aumento del 7% al 19% en el mismo periodo (ONUSIDA, 1997). En México, hasta septiembre de 2011 se registró un 82% de casos acumulados de SIDA en hombres y un 18% en mujeres

(Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida [Conasida], 2012). En el 2011 se registraron 4.5 hombres con SIDA por cada mujer (Censida, 2011). Por otro lado, a diferencia de los hombres, las mujeres generalmente son infectadas por sus parejas, lo cual las obliga a enfrentar esta situación con menos recursos que los hombres, como se podrá ver más adelante.

El VIH/SIDA y las mujeres, en general, y las mujeres mexicanas

Las mujeres que no gozan de un estado de igualdad frente al hombre son las más vulnerables al contagio por VIH, característica frecuente en los países en desarrollo (ONUSIDA, 1997). Según ONUSIDA (1997), el riesgo de infectarse por VIH durante una relación sexual vaginal no protegida es de dos a cuatro veces más alto para la mujer que para el hombre. En países en donde la mujer no enfrenta igualdad de género, el sugerir el uso del condón en una relación sexual con su pareja es visto con desprecio, enfado y desconfianza por parte de ésta (ONUSIDA, 1997). Actualmente, se estima que la mayor parte de las mujeres mexicanas que viven con el VIH/SIDA fueron infectadas dentro de una relación estable con una pareja masculina (Censida, 2008a). Esta cifra refleja la idiosincrasia, los valores culturales y la desigualdad de género que existe en nuestro país y el impacto que tienen en la epidemia del VIH. La mujer mexicana generalmente está poco consciente del riesgo de contagio, por lo que cree que el matrimonio la protege del virus (Censida, 2008b).

En EUA se ha encontrado que las mujeres, por lo general, tienen menor adhesión que los hombres (DeLahanty *et al.*, 2004). Por su parte, las mujeres mexicanas infectadas con VIH se encuentran en condiciones muy desfavorables para el cuidado de su salud, sea por el poco apoyo que reciben de sus familiares y de su entorno social, o bien, por las limitantes económicas en las que se encuentran (lo que dificulta su acceso a medicamentos y tratamientos adecuados). A lo anterior se debe agregar que en México existen características sociales que resultan del estatus de ser mujer que complican la adhesión al tratamiento. Por tanto, las mujeres mexicanas con VIH/SIDA se encuentran frente a un reto enorme para poder mejorar su salud (Hidalgo, Cabello, Dedios & Blas, 2006).

Otros estudios mencionan que las mujeres mexicanas asumen una actitud pasiva y resignada frente a su enfermedad (Flores-Palacios & Leyva-Flores, 2003; Infante *et al.*, 2006; Rangel-González & Ramírez-Palafox, 2006; Rintamaki, Davis, Skripkauskas, Bennett &

Wolf, 2006), lo que, aunado al problema de la estigmatización social, redundando en un pobre apoyo social. Es por ello que muchas de estas mujeres se refugian en el silencio.

Como dicen Kendall & Pérez-Vázquez (2004):

El estigma y la discriminación [...] pueden propiciar el desarrollo de la enfermedad porque el miedo al estigma desalienta pruebas voluntarias del VIH, lo que deriva en diagnósticos tardíos de la enfermedad pues el estigma es una barrera para la búsqueda de tratamiento, y porque el estigma y la discriminación impactan las redes sociales de quienes viven con el virus y, por ende, los apoyos recibidos.

La mayoría de las mujeres mexicanas contagiadas son amas de casa que se infectaron por relaciones sexuales con su esposo o pareja, que viven su proceso en silencio, que se esconden por temor al rechazo, que son culpadas y señaladas, que reciben menos apoyo que los hombres y que se encuentran deprimidas (Rangel-González & Ramírez-Palafox, 2006). Muchas de estas mujeres tienen parejas que son trabajadores migrantes que tienen o tuvieron menores posibilidades de buscar ayuda médica en el país donde trabajan o trabajaban (Caballero, Leyva-Flores, Ochoa-Martín, Zarco-Mera & Guerrero-Lara, 2006).

La estigmatización social que reciben las mujeres es otro factor que impide una adecuada adhesión. Algunos estudios, incluso, han descrito la estigmatización como el factor principal de la no adhesión (López-Martínez *et al.*, 1999; 2000).

El VIH/SIDA, la confidencialidad y el apoyo social-familiar

En la presente investigación se entiende por *confidencialidad* la comunicación o apertura que tienen las personas con otras con respecto a su condición de vivir con VIH. En otras palabras, si le ha comentado a alguien de su estatus de VIH/SIDA y, de ser así, a quién se lo ha comentado y bajo qué condiciones. Quien no ha comentado su estatus a las personas de su entorno más inmediato no recibirá el apoyo social y familiar que requiere.

El apoyo social y familiar ha sido fuertemente relacionado con la adhesión al tratamiento en diversos estudios, en los cuales el poco o nulo apoyo social que estén recibiendo los pacientes se relacionó con la baja adhesión (Ingersoll, 2004; Murphy *et al.*, 2004; Reback *et al.*, 2003; Witteveen *et al.*, 2002). Otro estudio

muestra cómo la afiliación familiar y el alto involucramiento de la familia resultó ser lo más valioso para la adhesión, según reportes de los pacientes (Ka'opua & Mueller, 2004).

El apoyo de la pareja también resulta importante para mantener un buen nivel de adhesión. Power *et al.* (2003) reportaron que este apoyo fue valorado por los pacientes, incluso como más importante que el apoyo de la familia de origen. En el caso de muchas mujeres mexicanas, este apoyo se complica, ya que muchas de ellas fueron contagiadas por sus esposos migrantes, por lo tanto, no los ven o los ven muy ocasionalmente (Viani, Calderón, Van Pratt & López, 2003). Mientras sus esposos migrantes se involucran en conductas de riesgo, las mujeres muestran fidelidad (Pérez-Vázquez & Kendall, 2002).

En cuanto a la confidencialidad, Mellins, Kang, Cheng-Shiun, Havens & Chesney (2003) encontraron que una menor apertura de la madre hacia sus hijos con respecto a su estatus se asoció con la pérdida de dosis. Es decir, la toma de medicamentos se dificulta cuando la familia no está enterada del estatus del paciente, pues la toma de pastillas por parte de la persona podría traer consigo sospechas de la familia, lo que lleva a hacerlo de manera subrepticia.

Los estudios mencionados muestran la importancia de identificar y entender los factores personales, sociales y familiares que pudieran estar influyendo en la adhesión al tratamiento de las mujeres y los hombres mexicanos con estatus de VIH/SIDA, pues así podría ofrecérseles el cuidado y apoyo que ellas necesiten, mejorando así su salud y calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODO

Los objetivos del estudio son: *a)* conocer la situación en que viven algunas mujeres y hombres infectados por el VIH en San Luis Potosí; *b)* identificar el nivel de adhesión al tratamiento y los factores que están relacionados con ésta en mujeres y hombres que viven con el VIH/SIDA.

El tipo de investigación que se realizó es descriptiva y comparativa.

Muestra

Como parte de un proyecto mayor de investigación, se realizaron entrevistas semiestructuradas (Corbetta, 2007) a 76 pacientes infectados por el VIH/SIDA. Los pacientes fueron asignados a los investigadores por los médicos infectólogos tratantes de un hospital público

de la ciudad de San Luis Potosí, de tal suerte que no hubo un proceso intencionado de selección. Los pacientes residen en el estado de San Luis Potosí, en su mayoría en zonas semiurbanas o rurales. En este trabajo se presentan los datos de 29 mujeres y 47 hombres.

Procedimiento

A todas las pacientes y los pacientes se les informó sobre la confidencialidad que se tendría con todos los datos que proporcionaran, y su participación en la investigación fue voluntaria¹. A todos los sujetos se les aplicó una entrevista semiestructurada, realizada o supervisada directamente por un psicólogo con amplia experiencia en el campo, quien no se encontraba directamente involucrado con el cuidado del paciente desde el punto de vista institucional. La entrevista estuvo organizada por temas que permitían abordar los siguientes aspectos: datos socioeconómicos, nivel de adhesión, estrategias de adhesión, nivel de apoyo familiar y confidencialidad, entre otros. Los datos de algunas de las preguntas abiertas de la entrevista se organizaron de acuerdo con categorías, en escala ordinal. Por ejemplo, el apoyo social se clasificó como: 1 = muy bueno (estaba disponible de manera casi permanente); 2 = bueno (estaba disponible de manera constante); 3 = regular (estaba disponible de manera frecuente); 4 = escaso (estaba disponible en pocas ocasiones) y 5 = malo (no estaba disponible). Se les hizo, además, un examen breve de salud mental (cuyos resultados no se presentan en este trabajo).

Adhesión al tratamiento

La adhesión al tratamiento se evaluó mediante el autorreporte de los pacientes. El nivel de adhesión se clasificó en 1 = excelente (el paciente reporta nunca olvidar la ingesta de medicamentos); 2 = bueno (cuando el paciente reporta olvidar de vez en cuando alguna ingesta, una vez a la semana); 3 = regular (cuando el paciente reporta olvidar dos tomas a la semana de sus medicamentos) y 4 = malo (cuando el paciente reporta tomar de manera irregular sus medicamentos, con olvidos de tres veces o más a la semana); una categoría adicional, sin valor ordinal, fue la de 5= diagnóstico reciente, que se otorgó a los pacientes que apenas habían sido notificados de su diagnóstico e iban a iniciar su tratamiento.

La clasificación de las respuestas estuvo a cargo de los dos autores, y solamente se otorgó la clasificación cuando ambos estuvieron totalmente de acuerdo con la misma.

¹ Es importante mencionar que a todos los sujetos entrevistados se les ofreció, además, apoyo psicológico.

RESULTADOS

A continuación, en la tabla 1 se podrán observar algunos datos de las variables estudiadas. La escolaridad promedio de las mujeres fue menor a la de los hombres; su estado civil fue: el 57% solteras, viudas o divorciadas (61% de hombres), 41% casadas (38% de hombres). Hubo un 20% de mujeres divorciadas o separadas, en contraste con el 2% de los hombres. Todas las mujeres manifestaron ser heterosexuales (en contraste con el 65% de los hombres).

En la tabla 2 se podrá observar que no se presentaron diferencias notables por género en su nivel de adhesión (entre buena y regular). El 96% de las mujeres (una dijo desconocerlo) se infectó por relaciones heterosexuales (en contraste con la mitad de los hombres). Las mujeres consumían menos alcohol. En relación con el apoyo familiar, las mujeres (39%) contaban con menos apoyo de sus familias que los hombres (55%). Un dato adicional (que no aparece en la tabla) es que el apoyo familiar lo proporcionaban las mujeres a sus parejas (en un 85%), en tanto que sólo a un 33% de mujeres las apoyaba su esposo.

En la tabla 3 se aprecia que las mujeres tenían una vida sexual un poco más activa que los hombres; que las mujeres y hombres dijeron mantener una buena relación con sus médicos, y que las mujeres han estado infectadas la mitad del tiempo que los hombres. No obstante, tanto mujeres como hombres están muy preocupados por la confidencialidad.

Se aplicó la prueba de Mann-Whitney para identificar diferencias entre las puntuaciones de los sujetos por género, encontrándose los valores que aparecen en la tabla 4. Como podrá apreciarse, hubo diferencias significativas en la variable estado civil (el 24% de las mujeres son solteras y el 20% divorciadas, en contraste con el 57% y el 2%, respectivamente, de los hombres). Por otro lado, también se encontraron diferencias significativas en la variable empleo: el 66% de las mujeres es ama de casa, mientras que el 62%, la mayoría de los hombres, tiene un empleo remunerado. Igualmente, se podrá notar que hubo diferencias de género en cuanto al modo de infección (casi todas las mujeres se infectaron por relaciones heterosexuales) y lo mismo en cuanto al consumo de alcohol (los hombres consumen más y con mayor frecuencia) y el uso de droga (solamente 3% de mujeres reportaron el uso, en contraste con 21% de hombres). Ninguno de los hombres que consume alcohol alcanzó un alto nivel de adherencia.

Tabla 1.

Resultados totales y por género de algunas variables. A partir del dato de la escolaridad, todos los datos se encuentran en porcentajes.

		Media	Hombre	Mujer
N = 76			47	29
Edad		33.58	35.89	29.83
Escolaridad	Primaria		53	55
	Secundaria		21	27
	Preparatoria		6	14
	Profesional		19	3
Empleo	Desempleado/ama de casa		36	58
	Oficio básico		21	21
	Oficio técnico		32	21
	Empleado de gobierno		4	-
	Profesional		6	-
Preferencia sexual	Heterosexual		74	100
	Homosexual		25	-
Estado civil	Soltero		57	24
	Casado		36	41
	Divorciado		2	20
	Viudo		2	13
	Unión Libre		2	-

N = Número total de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2.

Resultados totales y por género de algunas variables. Todos los datos se encuentran en porcentajes.

		Hombre	Mujer
N = 76		47	29
Adhesión	Excelente	6	6
	Buena	34	31
	Regular	23	31
	Mala	36	31
	Heterosexual	51	96
Modo de transmisión	Homosexual	32	-
	Uso de agujas	4	-
	No sabe	13	3
Consumo de alcohol	Sí	45	20
	No	55	79
Uso de drogas	Sí	21	3
	No	79	97
Apoyo familiar	Ninguno	32	31
	Poco	9	27
	Regular	27	20
	Bueno	27	17
	Mucho	4	3

N = Número total de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3.

Resultados totales y por género de algunas variables. Todos los datos se encuentran en porcentajes, con excepción del tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

		Media	Hombre	Mujer
N = 76			47	29
Relaciones sexuales	No		89	70
	Con protección		2	17
	Sin protección		8	13
Relación con médico	Excelente		2	-
	Buena		94	100
	Regular		2	-
	Mala		2	-
Tiempo con VIH		29 meses	36.64 meses	18.83 meses
Confidencialidad	1		93	93
	2		6	6

N = Número total de la muestra.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.
Comparación de variables por género.

	U de Mann-Whitney	Z	Significatividad Asintótica (bilateral)
Estado civil	383.500	-3.448	0.001
Empleo	483.500	-2.257	0.024
Modo de infección	380.000	-3.935	0.000
Uso drogas	560.000	-2.132	0.033
Tipo drogas	562.000	-2.090	0.037
Consumo alcohol	518.000	-2.109	0.035
Apoyo familiar	304.000	-4.762	0.000
Relaciones sexuales	550.500	-2.076	0.038

Fuente: Elaboración propia.

Hubo diferencias en cuanto a la actividad sexual: el 70% de las mujeres no la tiene, lo mismo que casi el 90% de los hombres; se encontraron diferencias muy notorias en cuanto al familiar que proporciona el apoyo: como se dijo antes, las esposas apoyan a los esposos, pero pocos hombres apoyan a sus esposas. Finalmente, hubo diferencias en el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, en mujeres es la mitad que el de los hombres. Llama la atención que no se encontraron diferencias significativas en cuanto al nivel de adhesión, pues son muy pocos los hombres (tres) y mujeres (dos) que tienen una excelente adhesión.

Para dar mayor claridad y concisión a los resultados de este estudio se describirá a continuación el perfil de las mujeres infectadas con VIH/SIDA que participaron en este estudio. En esta descripción se incluyen algunos datos que arrojaron las preguntas abiertas de las entrevistas y que no se han presentado en este trabajo de manera sistemática.

Las mujeres son jóvenes (media de 29 años, casi 36 años de los hombres), con escasa escolaridad (un poco más de la primaria), viven en comunidades semiurbanas o rurales, algunas viven solas y otras viudas, pues sus parejas ya murieron o trabajan fuera del país. La mayoría tiene dos o tres hijos, el más pequeño probablemente infectado. De hecho, se enteraron de su estatus por el diagnóstico de sus hijos. Viven en la casa de sus suegros o de sus padres. Han comentado sobre su condición solamente a sus madres y viven con terror a que la comunidad se entere de su infección, al grado de preferir no ir a consultas o no tomar sus medicamentos para evitar sospechas. Todas enfrentan serios problemas económicos, pues no tienen empleo o su empleo es muy básico y mal remunerado.

Solamente dos mujeres tienen una excelente adherencia (tres hombres tienen el mismo nivel). Su motivación para adherirse al tratamiento tiene que ver con el cuidado de sus hijos o de sus parejas (para que los hombres se adhieran al tratamiento, con frecuencia necesitan ser cuidados por sus parejas). Saben muy poco acerca de su enfermedad y aceptan algunos mitos en relación con ésta: no quieren compartir platos ni cubiertos con los demás familiares, lavan su ropa en contenedores diferentes. No han develado el diagnóstico a sus hijos, pues no cuentan con los conocimientos suficientes ni con la disposición para hacerlo. Quienes viven con sus esposos, generalmente se hacen cargo de ellos, ya que están enfermos y son poco adherentes, pues toman alcohol con frecuencia y se resisten a atenderse. Quienes viven solas (generalmente por viudez) no tienen una vida sexual activa, y quienes la tienen lo hacen sin protección porque sus parejas no conocen su situación y no acceden a tomar precauciones.

No supieron, no saben ni quieren saber cómo fue la secuencia de circunstancias que las llevó a infectarse. No se comunican con su pareja acerca de estas cuestiones por temor a la violencia que esto podría desatar. Aparte, sienten que de alguna forma son “culpables de su enfermedad”. En sus constructos personales, la enfermedad es un evento incomprensible y difícilmente controlable, por lo que aceptan su posible muerte con resignación. Sin embargo, atienden lo mejor que pueden al hijo o hija infectada y tratan de llevarlo a consultas, análisis y de darle sus medicamentos de la manera en que los médicos la prescriben.

Cuando van a consulta no preguntan, ni cuestionan y, con frecuencia, son regañadas por médicos y enfermeras por sus inasistencias o su falta de apego, lo cual hace que mientan o falten con mayor frecuencia. Una sola falta tiene serias consecuencias, pues reciben el medicamento exacto para el número de días entre una consulta y otra, así que si faltan tienen que ir a pedir una nueva consulta (que generalmente no se da de inmediato, con lo cual se quedan hasta un par de meses sin medicamento).

El sistema médico funciona así: las mujeres tienen que inscribirse al Seguro Popular, para lo cual tienen que hacer algunos trámites a veces engorrosos y, para ellas, muy complejos. Gracias a este seguro tienen consultas, análisis de laboratorio y medicinas gratis (no incluye, sin embargo, internaciones). Incluso, en ocasiones hay transportes que van a sus comunidades para llevar a grupos de enfermos al hospital, aunque los transportes pasan temprano por ellos y

regresan muy tarde, hasta que todos han sido atendidos. Van a sus consultas y a veces tienen que esperar más de 2 h para ver a su médico. Los médicos las auscultan, las medican, les dan recomendaciones y, aunque tratan de ser cercanos y empáticos, viven en mundos totalmente distintos, con incomprensiones mutuas. Otro factor que influye en su adhesión es la presencia de enfermedades mentales entre hombres y mujeres con VIH/SIDA, misma que es muy alta.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que la variable de género no está relacionada de manera estadísticamente significativa con el nivel de adhesión, resultado congruente con los hallazgos de Ingersoll (2004) y Durante *et al.* (2003). Sin embargo, existen estudios que han encontrado que la adhesión al tratamiento sí está relacionada con la variable de género, observando la tendencia de las mujeres a tener una menor adhesión. Ejemplos de tales estudios son: Ballester, García, Reinoso & Campos, (2002); Hill, Kendall & Fernández (2003); Kimmerling, Wagner & Ghosh-Dastidar (2003); Delahanty *et al.* (2004); Naik, Tash, Pasare, Wable & Sinnot (2006) y Fielden *et al.* (2006). En el presente estudio se encontró que hombres y mujeres tienen serias dificultades para lograr la adhesión óptima (la alcanzaron sólo tres hombres y dos mujeres), lo cual tiene que ver, además de las distintas motivaciones que se mencionaron antes, con su escolaridad. Los hombres, y de manera más acusada las mujeres, tienen niveles de escolaridad muy bajos (y, por tanto, empleos básicos y mal remunerados), lo cual repercute en su tratamiento, porque generalmente los pacientes no se informan lo suficiente con respecto a la enfermedad, no piden a sus médicos que les aclaren sus dudas, asumen una actitud pasiva frente al tratamiento y no logran dimensionar la importancia de la adhesión. Aunado a lo anterior, enfrentan estresores económicos que dificultan su asistencia al hospital.

En el estudio se encontraron diferencias en cuanto al modo de transmisión: casi la mitad de los hombres del estudio admitió haberse contagiado por conductas de riesgo (relaciones sexuales con otros hombres sin protección y uso compartido de agujas, además de que 13% dijo no saber cómo se había infectado). Resultados similares se observaron en diferentes estudios, por ejemplo el de Viani *et al.* (2003), quienes mostraron una prevalencia de SIDA del 14.2% en hombres que tienen sexo con otros hombres y un alto porcentaje de ellos tiene conductas sexuales de riesgo con mujeres. Pérez-Vázquez & Kendall (2002) encon-

traron que el 63% de las mujeres de su estudio había tenido sólo una pareja sexual antes de ser diagnosticada. Hidalgo *et al.* (2006) mencionan que el diagnóstico positivo de las mujeres estuvo frecuentemente asociado con parejas migrantes.

Por otro lado, Rothenberg, Campos, Rio, Johnson, Jacob & Brown (2003) encontraron que las mujeres en su estudio tuvieron la proporción más baja de conductas de riesgo. De igual forma, Ballester *et al.* (2002) observaron que la mayoría de los hombres en su estudio obtuvieron mayores porcentajes en prácticamente todas las conductas de riesgo. Una excepción la constituye un estudio realizado por Piña & Urquidí (2004), que muestra una mayor prevalencia de conductas de riesgo en mujeres jóvenes que en hombres.

Los factores culturales influyen de manera determinante para involucrarse o no en conductas de riesgo. La mayoría de los pacientes varones que conformaron la muestra de investigación son o fueron migrantes que vivieron separados de sus familias por varios años. Sus condiciones de vida en el lugar al que migraron eran o son precarias, pues viven con el temor a la deportación y, por tanto, tienden a aislarse en sus ratos de ocio. Uno de sus escapes es el uso de alcohol, y es frecuente que bajo sus efectos se involucren en relaciones homosexuales (CDCP, 2003). Tienen menos posibilidades que los residentes o ciudadanos de acceder al sistema de salud: 76% *vs* 90% (CDCP, 2004). Cuando visitan a sus familias tienen relaciones sin protección con sus esposas, a quienes infectan.

Las mujeres no se involucran en conductas de riesgo porque sus comunidades podrían segregarlas. Además, como mencionan Hidalgo *et al.* (2006), las mujeres parejas de migrantes con frecuencia se encuentran integradas a la familia de la pareja y, por ello, tienen cierta protección, especialmente contra las agresiones sexuales, pero al mismo tiempo son controladas, en particular en cuanto a sus interacciones sociales.

Los factores culturales mencionados anteriormente podrían explicar las diferencias en el consumo de drogas y alcohol entre hombres y mujeres. Se observa que las mujeres de la muestra no consumen drogas (a excepción de un caso) y pocas toman alcohol (20%), y quienes lo hacen consumen en menor proporción y frecuencia que los hombres. En el caso de los hombres, se encontró que un 45% admite consumir alcohol. Diversos estudios (Carrieri *et al.*, 2003; Hill *et al.*, 2003; Ka'opua & Mueller, 2004; Murphy *et al.*, 2004; Wagner *et al.*, 2004) han encontrado una correlación entre el consumo del alcohol y la baja adhesión.

Otro factor importante en relación con el género y la adhesión se relaciona con el apoyo familiar. Aunque, como se mencionó, no se alcanzan diferencias significativas, el porcentaje de mujeres con poco o nulo apoyo familiar es superior al de los hombres, y el porcentaje de mujeres con un apoyo social bueno o muy bueno es menor que en hombres. Es probable que la falta de apoyo familiar se deba a que las mujeres, con cierta frecuencia, viven en la casa de los padres de la pareja. Por otro lado, es probable que la falta de significatividad estadística en relación con los porcentajes de adhesión entre hombres y mujeres se relacione con el hecho de que, a pesar de la falta de soporte, constituir un apoyo para sus esposos o hijos hace que el porcentaje de adhesión de las mujeres no sea bajo en comparación con el de los hombres. Como dicen Hidalgo *et al.* (2006), las mujeres que viven solas se tienen que hacer cargo de la economía familiar y la educación de los niños, tienen un apoyo social limitado pero mayor control, aunque también un mayor estigma por ser mujeres solas.

CONCLUSIONES

A diferencia de lo esperado, no se encontraron diferencias entre el nivel de adherencia de las mujeres y los hombres (muy pocos alcanzaron el nivel de adherencia óptimo), ni en cuanto a la confidencialidad, aunque sí en relación con el apoyo familiar.

Las mujeres cuentan con menor escolaridad, más de la mitad son solteras, divorciadas o viudas y no realizan actividad económica remunerada, lo que las lleva a enfrentar más estresores económicos que los hombres, quienes sí tienen empleo; generalmente, las mujeres se enteraron de manera casual de su condición, pues no presentaron conductas de riesgo. Todas las mujeres se infectaron por relaciones heterosexuales. En contraste, casi la mitad de los hombres admitió que se contagiaron por conductas de riesgo (relaciones homosexuales sin protección y uso compartido de agujas). Las mujeres de la muestra no usan drogas (con excepción de un caso) y pocas toman alcohol, las que lo hacen tienen un patrón de consumo muy moderado.

Los resultados de esta investigación deben considerarse seriamente, con el fin de brindar un apoyo más efectivo a los pacientes infectados por el VIH/SIDA. No es suficiente con brindar la atención médica y el medicamento de manera gratuita a los pacientes que asisten al hospital público donde se realizó la investigación, sino deben tomarse en cuenta las situaciones en que viven: escasa educación, cultura, conocimiento

de la enfermedad, existencia de estresores económicos, poco apoyo familiar y poca conciencia de la importancia de ser adherentes, así como problemas de confidencialidad, por mencionar los más importantes. Las mujeres, en especial, necesitan de programas de apoyo psicológico, social y laboral (entre otros), para que incrementen su nivel de adhesión. En pocas palabras, los sistemas comunitario y familiar en que viven estas mujeres y hombres con VIH/SIDA son muy distintos, y hace falta el puente que permita el uso efectivo de los recursos que invierte el sistema médico para el logro de una vida de calidad de parte de los enfermos (Morales-Carcaño, Hernández-Tepichín, León-Juárez & Meléndez-Crespo, 2002). Con esto no solamente mejorará la situación en que viven, sino que les permitirá aumentar su calidad de vida y la de quienes dependen de ellas (sus hijos, algunas veces también infectados) y de sus parejas, cuando todavía viven.

REFERENCIAS

- Ballester, R., García, S., Reinoso, I. & Campos, A. (2002). Gender differences in adherence to treatment and illness behavior in HIV/AIDS patients: an exploratory study in Spain. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(2), 219-235.
- Bronfman, M., Leyva, R., Negroni, M., Rueda, C. M., Kageyama, M. de la L. & Hernández, D. (2004). Antecedentes. En M. Bronfman, R. Leyva & M. Negroni (Eds.), *Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica* (pp. 13-34). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Caballero, M., Leyva-Flores, R., Ochoa-Martín, S. C., Zarco-Mera, A. & Guerrero-Lara, C. (agosto, 2006). *The role of community networks in the search for care for STI/HIV/AIDS by women who are partners of migrant workers: support or social control* (Resumen). Trabajo presentado en la XVI International Aids Conference Abstract, Toronto, Ontario.
- Carrieri, M., Chesney, M., Spire, B., Loundou, A., Sobel, A., Lepeu, G., Moatti, J. & the MANIF Study Group (2003). Failure to Maintain Adherence to HAART in a Cohort of French HIV-Positive Injecting Drug Users. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-14.
- Carrillo-Martínez, H., García-Lozada, J. & Sierra-Corona, B. (noviembre, 2005). *Estrategias para mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral*. 9º. Trabajo presentado en el Congreso Nacional sobre VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Oaxaca, México.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (Censida) (2008a). *El VIH/SIDA en México*. CENSIDA. Recuperado el 6 de enero de 2009 de <http://www.censida.salud.gov.mx/interior/cifras.html>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (Censida) (2008b). *Memorias de la XVII Conferencia Internacional sobre el SIDA*. México. Recuperado el 25 de septiembre de 2012 de https://www.google.com.mx/search?q=Memorias+de+la+XVII+Conferencia+Internacional+sobre+el+SIDA&oq=Memorias+de+la+XVII+Conferencia+Internacional+sobre+el+SIDA&aqs=chrome..69i57.398j0j4&sourceid=chrome&es_sm=122&ie=UTF-8

- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (Censida) (2011). *EL VIH/SIDA en México 2011*. Recuperado el 25 de septiembre de 2012 de <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/mexico/>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (Censida) (2013). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA* (actualización al 30 de junio de 2013). Recuperado el 19 de septiembre de 2013 de http://www.censida.salud.gov.mx/descargas/epidemiologia/RN_2o_trim_2013.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) (2003). *The Health of Mexicans*. Recuperado el 9 de junio de 2008 de <http://www.cdc.gov/tb/EthnographicGuides/Mexico/chapters/chapter3.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) (2004). Acceso a la atención médica y a los servicios preventivos de salud entre hispanos y no hispanos en Estados Unidos, 2001-2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53, 938-941.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) (2007). *HIV/AIDS among Women*. Recuperado el 23 de septiembre de 2010 de <http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/resources/factsheets/women.htm>
- Chesney, M. (2003). Adherence to HAART Regimens. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(4), 169-175.
- Ciasullo, E. & Escovitz, K. (2005). Positive futures: The need for paradigm shift in HIV/AIDS services. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 22, 125-128.
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) (2012). *Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA*. Recuperado el 17 de septiembre de 2013 de <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/file.68899.es.pdf>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) (2010). *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México*. México: Conapred.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. España: McGraw-Hill; Interamericana.
- Delahanty, D. L., Bogart, L. M. & Figler, J. L. (2004). Posttraumatic stress disorder symptoms, salivary cortisol, medication adherence and CD4 levels in HIV-positive individuals. *AIDS Care*, 16(2), 247-260.
- Dorz, S., Lazzarini, L., Cattelan, A., Meneghetti, F., Novara, C., Concia, E., Sica, C. & Sanavio, E. (2003). Evaluation of adherence to antiretroviral therapy in Italian HIV patients. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(1), 33-41.
- Durante, A., Bova, C., Fennie, K., Danvers, K., Holness, D., Burgess, J. & Williams, A. (2003). Home based study of anti-HIV drug regimen adherence among HIV-infected women: feasibility and preliminary results. *AIDS Care*, 15(1), 103-115.
- Fielden, S., Yip, B., Rusch, M., Guillemi, S., Wood, E., Shannon, K., Montaner, J., Levy, A. & Hogg, R. (agosto, 2006). *The impact of non-adherence on hospitalization in a Canadian cohort of HIV-infected antiretroviral naive patients starting HAART: does it make a difference?* (Resumen). Trabajo presentado en el XVI International Aids Conference Abstracts, Toronto, Ontario.
- Flores-Palacios, F. & Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(5), S624-S631.
- García-Cadena, C., Ballester-Arnal, R. & Piña-López, J. (2012). *Chronic diseases and medication adherence behaviors. Psychological Research in Ibero-American Countries*. New York: Nova Science Publishers Inc.
- Harzke, A. J., Williams, M. L., Nilsson-Schonnesson, L., Ross, M. W., Timpson, S. & Keel, K. B. (2004). Psychosocial factors associated with adherence to antiretroviral medications in a sample of HIV positive African American drug users. *AIDS Care*, 16(4), 458-470.
- Hidalgo, J. A., Cabello, R., Dedios, M. & Blas, R. (agosto, 2006). *A gender based evaluation of HAART outcomes in treatment-naive patients after 6 months of therapy in Lima, Peru* (Resumen). Trabajo presentado en el XVI International Aids Conference Abstracts, Toronto, Ontario.
- Hill, Z., Kendall, C. & Fernández, M. (2003). Patterns of adherence to antiretrovirals: Why Adherence has no simple measure. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(10), 519-525.
- Infante, C., Zarco, A., Magali, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M. & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 154-159.
- Ingersoll, K. (2004). The impact of psychiatric symptoms, drug use, and medication regime on non adherence to HIV treatment. *AIDS Care*, 16(2), 199-211.
- Johnston, K. & Mann, T. (2003). Adherence to antiretroviral Medication in HIV/AIDS Care: a narrative exploration to one woman's foray into intentional non-adherence. *Health Care for Women International*, 24(6), 552-564.
- Ka'opua, L. S. & Mueller, C. W. (2004). Treatment adherence among native Hawaiians living with HIV. *Socialwork*, 49(1), 55-62.
- Kendall, T. & Pérez-Vázquez, H. (2004). *Hablan las mujeres mexicanas VIH Positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito medico, familiar y comunitario*. México: Colectivo Sol.
- Kimmerling, M., Wagner, G. & Ghosh-Dastidar, B. (2003). Relationship of Gender, Depression and Health Care Delivery with Antiretroviral Adherence in HIV Infected Drug Users. *Journal General Internal Medicine*, 18, 248-257.
- Lamas-Bojorquez, C., García-González, U., López-Romero, C. O., Amador-Lara, F. & Andrade-Villanueva, J. F. (junio, 2001). *Predictores de mala adhesión a TARAA en pacientes del programa FONSIDA. C. del Hospital Civil de Guadalajara* (Resumen). Trabajo presentado en el XXVI Congreso de la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, Puebla, Puebla.
- López-Martínez, C., Ortiz-Mondragón, R., Moreno-Monroy, T., Sierra-Corona, B., Morales-Carcano, A., Magis-Rodríguez, C., Hernández-Tepichín, G. & Báez-Villaseñor, J. (noviembre, 1999). *Evaluación cualitativa de la adhesión al tratamiento en pacientes infectados por VIH* (Resumen). Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional sobre SIDA, Honduras. Recuperado el 22 de mayo de 2014 de http://bvssida.insp.mx/harticulo.php?id_art=2403&selftabla=1
- López-Martínez, C., Rios-Ruiz, A. U., Moreno-Monroy, T., Sierra-Corona, B., Morales, A., Magis-Rodríguez, C., Báez-Villaseñor, J., Hernández-Tepichín, G. & Ortiz-Mondragón, R. (noviembre, 2000). *Evaluación cualitativa de la adhesión al tratamiento en pacientes infectados por VIH con TAAR* (Resumen). Trabajo presentado en la Conferencia de cooperación técnica horizontal en VIH/SIDA y ETS, Brasil.
- McDonnell-Holstad, M., Dilorio, C. & McCarty, F. (2011). Adherence, Sexual Risk and Viral Load in HIV infected women prescribed antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care and STDs*, 25(7), 431-438.

- Mellins, C., Kang, E., Cheng-Shiun, L., Havens, J. & Chesney, M. (2003). Longitudinal Study of Mental Health and Psychosocial Predictors of Medical Treatment Adherence in Mothers Living with HIV Disease. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(8), 407-416.
- Morales-Carcaño, A., Hernández-Tepichín, G., León-Juárez, E. A. & Meléndez-Crespo, A. (diciembre, 2002). *Consejería en tratamiento y adhesión al tratamiento*. (Resumen). Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional sobre SIDA e Infecciones de Trasmisión Sexual, Veracruz. Recuperado el 22 de mayo de 2014 de http://bvssida.insp.mx/harticulo.php?id_art=3386&seltabla=1
- Murphy, D. A., Marelich, W. D., Hoffman, D. & Steers, W. N. (2004). Predictors of antiretroviral adherence. *Aids Care*, 16(4), 471-484.
- Naik, E., Tash, K., Pasare, A., Wable, G. & Sinnot, J. (agosto, 2006). *The socio-economic and behavioural factors most associated with adherence to anti-retroviral treatment (ART) in urban India*. (Resumen). Trabajo presentado en el XVI International Aids Conference Abstracts, Toronto, Ontario.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Paredes-Castellanos, E. (diciembre, 2002). *La carta compromiso como instrumento para la adhesión al tratamiento (consejería de adhesión)*. Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional sobre SIDA e Infecciones de Trasmisión Sexual, Veracruz, México. Recuperado el 22 de mayo de 2014 de http://bvssida.insp.mx/harticulo.php?id_art=3416&seltabla=1
- Pérez-Vázquez, H. & Kendall, T. (diciembre, 2002). *Diagnóstico situacional de mujeres que viven con VIH/SIDA en México* (Resumen). Trabajo presentado en el VIII Congreso Nacional sobre SIDA e infecciones de transmisión sexual. Veracruz, Ver. México.
- Piña, J. & Urquidí, L. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 9(2), 227-236.
- Power, R., Koopman, L., Volk, J., Israelski, D., Stone, L., Chesney, M. & Spiegel, D. (2003). Social support, substance use and denial in relationship to antiretroviral treatment adherence among HIV infected persons. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(5), 245-252.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (1997). *El género y el VIH/SIDA* (Colección Prácticas Óptimas). Ginebra, Suiza: ONUSIDA.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (2000). *El género y el VIH/SIDA. Colección prácticas óptimas del ONUSIDA*. Recuperado el 19 de septiembre de 2013 de http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/jc459-gender-tu_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (2010). *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de Sida 2010*. Recuperado el 19 de septiembre de 2013 de <http://www.unaids.org>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (2012). *Global report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic*. Recuperado el 29 de enero de 2012 de <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) (2013). *Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic, 2013*. Recuperado el 29 de mayo de 2014 de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
- Ramírez A. B., Palacios-Martínez, M. & Guerra, A. (octubre, 1993). *La importancia del trabajo psicológico en la adhesión a tratamientos médicos en personas que viven con VIH y SIDA* (Resumen). Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional Sobre SIDA, México.
- Rangel-González, M. & Ramírez-Palafox, M. de R. (agosto, 2006). *Identifying stigma and discrimination in women living with HIV in Irapuato, México* (Resumen). Trabajo presentado en el XVI International Aids Conference Abstracts, Toronto, Ontario.
- Reback, C., Larkins, S. & Shoptaw, S. (2003). Methamphetamine abuse as a barrier to HIV medication adherence among gay and bisexual men. *AIDS Care*, 15(6), 775-785.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivos. *Psicothema*, 14(2), 262-267.
- Rintamaki, L., Davis, T., Skripkauskas, S., Bennett, C. & Wolf, M. (2006). Social Stigma Concerns and HIV Medication Adherence. *AIDS Patient Care and STDs*, 20(5), 359-368.
- Rothenberg, R., Campos, P., Rio, C., Johnson, W., Jacob, K. & Brown, M. (2003). Once and future HIV treatment: a comparison of clinic and community groups. *International Journal of STD & AIDS*, 14(7), 438-447.
- Varela, M. T., Salazar, I. C. & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por vih/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 101-113.
- Viani, R., Calderón, J. R., Van Pratt, C. & López, G. (2003). HIV prevalence during pregnancy in Tijuana, Baja California, México. *AIDS*, 17(7), 1113-1114.
- Wagner, G. J., Kanouse, D. E., Koegel, P. & Sullivan, G. (2004). Correlates of HIV antiretroviral adherence in persons with serious mental illness. *AIDS Care*, 16(4), 501-506.
- Weiss, L., French, T., Finkelstein, R., Walters, M., Mukherjee, R. & Agins, B. (2003). HIV-related knowledge and adherence to HAART. *AIDS Care*, 15(5), 673-679.
- Witteveen, E. & Amejiden, E. (2002). Drug users and HIV-Combination Therapy (HAART): Factors which Impede or facilitate adherence. *Substance use and misuse*, 37(14), 1905-1925.