

Barreras para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en mujeres con VIH

Barriers to adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in women with HIV

Ariagor Manuel Almanza Avendaño y Anel Hortensia Gómez San Luis¹

RESUMEN

Se realizó un estudio desde un paradigma interpretativo a fin de comprender los diversos elementos personales y contextuales que afectan el proceso de adherencia de mujeres con VIH. Las participantes fueron diez mujeres contactadas mediante los centros ambulatorios para la prevención y atención en sida e infecciones de transmisión sexual del estado de Tamaulipas (México). Se aplicaron el Cuestionario de Adherencia del Grupo Clínico de Sida y un cuestionario sociodemográfico, tras de lo cual se hicieron entrevistas semiestructuradas para la identificación de barreras para la adherencia. El análisis de las entrevistas se realizó con un programa mediante el cual se construyeron códigos y subcódigos acerca de las barreras para la adherencia farmacológica y las diversas áreas que comprende la adherencia no farmacológica. Los resultados muestran que las barreras principales para la adherencia farmacológica son el olvido, el malestar físico, el malestar emocional y las múltiples actividades. En el caso de la adherencia no farmacológica, se identificaron barreras personales y contextuales en diversas áreas, pero las áreas de alimentación y de salud sexual requieren especial atención por el riesgo que representan para la salud. Se recomienda la evaluación integral y personalizada de la adherencia de mujeres con VIH, a fin de diseñar estrategias de intervención apropiadas que se ajusten a los casos particulares.

Palabras clave: Adherencia farmacológica; Adherencia no farmacológica; VIH; Barreras; Mujeres.

ABSTRACT

The present study used an interpretative paradigm in order to explore personal and contextual factors that affect therapeutic adherence by women living with HIV. Participants were ten infected women who were asked to respond to the AIDS Adherence Questionnaire and a sociodemographic questionnaire. Later, structured interviews on barriers to adherence were conducted. The analysis of the interviews was conducted using a program whereby codes and sub-codes were developed regarding barriers to medication adherence and barriers for non-pharmacological adherence. Results show that the main barriers to medication adherence are forgetfulness, physical or emotional discomfort and interference from multiple activities. Barriers for non-pharmacological adherence included personal and contextual barriers of various types; among these, nutrition and sexual health require special attention because of the risk they pose to health. Integral and personalized assessment of the adherence of women living with HIV is recommended in order to design appropriate intervention strategies to fit particular cases.

Key words: Pharmacological adherence; Non-pharmacological adherence; HIV; Barriers; Women.

¹ Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Centro Universitario Victoria, 87120 Ciudad Victoria, Tamps., México, tel. (834)318-17-30, correos electrónicos: malmanza@uat.edu.mx y ahgomezsl@conacyt.mx. Artículo recibido el 7 de octubre y aceptado el 26 de noviembre de 2015.

INTRODUCCIÓN

Hasta el segundo trimestre de 2015 se habían reportado 122,724 casos notificados de VIH y de sida que se encontraban vivos, de los cuales 67,891 correspondió a personas con sida y 54,833 con virtud de inmunodeficiencia humana (VIH). Del total de personas que continuaban registradas como seropositivas al VIH desde el año 1984 (55,549 casos), una cuarta parte eran mujeres (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida [CENSIDA], 2015). Sin embargo, estimaciones previas han indicado que hay 180 mil personas con VIH y sida (en un rango que va de 140 mil a 230 mil), que 50% de las personas que han adquirido el VIH lo ignoran, y que únicamente un tercio de ellos tiene carga viral indetectable (CENSIDA, s.f. a). El porcentaje de mujeres con VIH o sida ha aumentado de 13% en 1990 a 21% en 2013, y aunque la epidemia en México se caracteriza por la transmisión sexual entre varones, hay zonas del país donde la epidemia de VIH muestra altos niveles de transmisión por relaciones heterosexuales (CENSIDA, s.f. b).

De acuerdo con Allen y Torres (2008), las mujeres son más vulnerables biológicamente a la infección por VIH debido a que tienen una superficie mucosa genital más amplia que se expone al contacto con el virus durante las relaciones sexuales; si bien existe una mayor cantidad del virus en el esperma que en el flujo vaginal, las mujeres son asimismo cuatro veces más vulnerables a otras infecciones de transmisión sexual que facilitan la transmisión del VIH.

Aunado a lo anterior, existe una vulnerabilidad sociocultural en términos de la dependencia económica y de las diferencias de poder en las relaciones de pareja heterosexuales que generan una situación en la que las mujeres no tienen control sobre el momento y las condiciones de las relaciones sexuales, además de que las normas de género las limitan para hablar sobre la sexualidad o demostrar conocimientos sobre ello (Allen y Torres, 2008). Por otro lado, se ha señalado que en esta cultura la feminidad se construye desde la posición de “ser para el otro”, lo que puede favorecer una negación de sí mismas y de su autocuidado (Campero, Caballero, Kendall, Herrera y Zarco, 2010). Tal desigualdad en las relaciones se mani-

fiesta desde el noviazgo, pero en el matrimonio pueden emerger otras situaciones que aumentan su vulnerabilidad, como la dificultad para usar el condón por miedo al abandono de su pareja o a sufrir violencia; la disminución de las medidas preventivas en el marco de relaciones de confianza, o la falta de protección en las relaciones extramatrimoniales, reguladas en forma diferencial de acuerdo al sistema de género (Allen y Torres, 2008).

En el caso de todas las personas que viven con VIH—independientemente del conteo de células CD4 y de la presencia o ausencia de síntomas—, se recomienda el tratamiento antirretroviral (TAR) para reducir el riesgo de progresión de la enfermedad y prevenir así la transmisión del virus. El inicio temprano del TAR puede evitar el daño producido en las etapas iniciales de la infección, prevenir o retrasar la aparición de enfermedades no definitivas del sida, y asimismo evitar la aparición de infecciones oportunistas y neoplasias asociadas. Cabe mencionar que el inicio temprano del TAR no sólo aumenta el tiempo de sobrevivencia, sino que puede evitar la pérdida de pacientes durante el proceso de atención médica (CENSIDA, 2014).

Debido a los posibles beneficios del TAR, si se cuenta con acceso al tratamiento y existen condiciones para el cuidado a largo plazo, la adherencia al tratamiento se ha convertido en un asunto de vital importancia. Anteriormente se empleaba el concepto de “cumplimiento” para referirse al grado en que el comportamiento del paciente coincidía con el consejo médico en cuanto a la toma del medicamento o a los cambios en el estilo de vida (Gagné y Godin, 2005). Dicho concepto fue modificado por el de *adherencia* para connotar a un paciente activo en el cuidado de su salud, así como la necesidad de una relación de colaboración entre el paciente y el personal de salud, en lugar de una relación autoritaria en la que se asume que la recomendación del médico es exacta y que las fallas en el tratamiento son responsabilidad única del paciente (Chesney, Morin y Sherr, 2000).

La adherencia puede considerarse como un proceso dinámico que se desarrolla en el tiempo y que cuenta con dos componentes que se complementan mutuamente. Uno de ellos es la adherencia *farmacológica*, la cual implica tomar el medicamento siguiendo las recomendaciones de horario y de condiciones para la toma; el otro es la adheren-

cia *no farmacológica*, que incluye el seguimiento de las recomendaciones médicas especialmente vinculadas con un cambio en el estilo de vida del paciente, tales como asistir a las citas de seguimiento y seguir las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico (CENSIDA, 2014).

Los estudios sobre la adherencia se han enfocado principalmente en el componente farmacológico. Una adherencia farmacológica subóptima o menor a 95% puede tener diversas consecuencias: la falta de control de la replicación viral, el desarrollo de cepas resistentes del VIH, la falta de reconstitución inmune y la progresión de la enfermedad (Chesney et al., 2000). De acuerdo con CENSIDA (2014), la adherencia subóptima puede derivarse de las dificultades para iniciar el tratamiento; la suspensión temporal o su abandono definitivo; el cumplimiento incompleto o el olvido de la toma en términos de dosis, tiempo y recomendaciones de alimentación; la falta de cambio de hábitos y estilos de vida necesarios para la promoción de la salud, y la automedicación, especialmente cuando se toman otros fármacos o sustancias que tienen interacciones farmacológicas perjudiciales con el TAR.

Durante el proceso de tratamiento, los pacientes pueden alternar periodos de adherencia y de no adherencia, aunque, como se ha mencionado, lo deseable es que los periodos de no adherencia sean mínimos y el nivel de adherencia farmacológica no descienda de 95%. Norton et al. (2010) distinguen incluso entre la no adherencia no intencional, caracterizada porque el paciente deja de tomar el medicamento “por error” o por decisiones no conscientes, y la no adherencia intencional, que implica la decisión consciente de no adoptar el régimen prescrito.

Existe una diversidad de tasas de adherencia debido a las múltiples definiciones operacionales e instrumentos empleados para su medición. En un metaanálisis realizado por Puskas et al. (2011) se reportan rangos de adherencia que van de 30 a 89%; asimismo, en 68.2% de los estudios revisados se encontró una menor adherencia en las mujeres. Otros estudios reportan tasas de adherencia óptima de 66% (Ubbiali et al., 2008), 69.5% (Applebaum, Richardson, Brady, Brief, y Keane, 2008), e incluso tan bajas como 26.5% (Mo y Mak, 2009). En estudios hechos en México también se

encuentran tasas bajas: de 52% (Peñarrieta et al., 2009) a 68.5% (González, Ybarra y Piña, 2012). Cabe mencionar que en el estudio de Balandrán, Gutiérrez y Romero (2013), al evaluarse la adherencia de los últimos cuatro días a partir de la razón entre pastillas olvidadas y prescritas, 86.8% de los pacientes reportó una adherencia óptima; pero al medirla con base en el índice de adherencia, que además toma en cuenta el seguimiento del horario, las instrucciones especiales y el último olvido de la toma, sólo 55% alcanzó una adherencia óptima.

Los estudios previos revelan que la no adherencia es un problema común y que es necesaria la identificación de aquellos elementos que limitan el cuidado de la salud. No obstante, como se mencionó previamente, los diversos grupos sociales tienen vulnerabilidades diferenciadas en términos de la prevención, y en el caso de las mujeres dicha vulnerabilidad persiste durante el proceso de tratamiento. En primer lugar, son frecuentes los diagnósticos tardíos debido a la escasa percepción de riesgo por parte del personal de salud y de las mismas mujeres (Herrera, Kendall y Campero, 2014). Además de lo anterior, pueden tener dificultades para iniciar y mantenerse bajo tratamiento cuando su pareja evita relacionarse con los servicios de salud, diagnosticarse y atenderse porque teme revelar su estado serológico; porque no tienen el poder para negociar el uso del condón, o porque sus parejas impiden que acudan a los servicios de salud o que sigan las recomendaciones médicas (Skovdal, Campbell, Nyamukapa y Gregson, 2011).

Por otro lado, cuando reciben el diagnóstico, la mayoría de las mujeres suelen considerarlo como algo que no imaginaban, pues asumían estar dentro de relaciones monógamas, lo cual genera un profundo malestar al descubrir la infidelidad de su pareja y la sensación de que el haber cumplido con las expectativas de género no las protegió, e incluso temen ser discriminadas por tener VIH y sufrir los estigmas sexuales y sociales asociados a ello. Sobre todo, dicho malestar puede mantenerse o agravarse cuando tienen escasas redes sociales, no acuden a grupos de autoayuda, se mantienen en la posición de víctimas y pierden su autonomía ante sus familiares (Campero et al., 2010). Este malestar puede generar altos niveles de sintomatología depresiva (Applebaum et al., 2008), así como el abandono de las relaciones sexuales tras el diag-

nóstico (Herrera, Campero, Caballero, Kendall y Quiroz, 2009) y la internalización del estigma (Herrera et al., 2014).

Además de la influencia de la relación de pareja, en las mujeres con VIH se reportan barreras tales como la percepción del diagnóstico y el tratamiento, la organización de la rutina y la interferencia con la vida diaria (Krummenacher et al., 2014), la falta de información sobre el VIH y su tratamiento, la distancia hasta los servicios de salud, la violación del derecho a la confidencialidad (Arrivillaga, 2010a), el sentimiento de estar enfermas, el ocultamiento de la toma de los medicamentos (Rivet et al., 2007), los efectos de estos, la complejidad del régimen de tratamiento (Krummenacher et al., 2014), la minimización de los riesgos de salud asociados al padecimiento (Herrera et al., 2014), el peso otorgado a las relaciones con los otros y la falta de relaciones interpersonales de apoyo (Puskas et al., 2011). Otro aspecto vinculado a los problemas de adherencia son los conflictos en la relación con el personal de salud en virtud de la escasa comunicación de éste con las pacientes respecto a sus decisiones, o las reprimendas recibidas por sus fallas al seguir las prescripciones, lo que genera que las pacientes abandonen los medicamentos, los cambien o reduzcan las dosis indicadas sin comunicarlo al médico (Herrera et al., 2014). También se ha identificado la presencia de barreras de tipo estructural, como la discriminación y la falta de acceso a los servicios de salud en forma oportuna y continua, especialmente para mujeres que viven en condición de pobreza (Arrivillaga, 2010b).

Si bien se ha estudiado la adherencia en mujeres con VIH, es importante señalar que esos estudios se han enfocado principalmente a la adherencia farmacológica, y que los de adherencia no farmacológica han atendido especialmente el área de la salud sexual. Así, se requieren estudios en los que las barreras sean definidas por las usuarias de los servicios de salud y no únicamente por los propios investigadores, a fin de identificar aquellas que ejercen una mayor influencia en el contexto local y diseñar por consiguiente las estrategias de intervención culturalmente apropiadas para dichos contextos.

En el presente estudio, se identifican algunas barreras percibidas por mujeres con VIH, tan-

to para la adherencia farmacológica como para la adherencia no farmacológica, con el propósito de comprender los diversos elementos personales y contextuales que pueden afectar el proceso de adherencia en distintos momentos de la trayectoria del padecimiento. Cabe mencionar que el estudio se realizó a partir de un paradigma interpretativo particular, a partir del cual se buscó conocer la forma en que la paciente construye significados que sostienen las acciones vinculadas con el cuidado de sí misma y con las de su vida con el tratamiento.

MÉTODO

Participantes

En el estudio participaron diez mujeres que acudían a servicios especializados de atención en VIH en tres localidades de una entidad federativa del norte de México. El número de participantes se estableció de acuerdo a los criterios de saturación teórica y temporal. Las participantes se encontraban en un rango de edad de 21 a 61 años, con un promedio de 42.6 años, y en su mayoría habían concluido la secundaria, vivían en unión libre, se dedicaban al hogar y tenían entre uno a dos hijos (Tabla 1).

Respecto al tiempo bajo tratamiento farmacológico, se halló un rango de uno a trece años, con un promedio de 5.13 años. Tomaban entre una y seis pastillas diariamente, y la mayoría de las participantes recordaba el nombre de los medicamentos. En el momento en que se llevó a cabo el estudio, ocho participantes reportaron una adherencia de 100% en los últimos cuatro días, y dos de ellas 75%, teniendo en conjunto un promedio de 95%. Sin embargo, al evaluarlas mediante el índice de adherencia, únicamente dos de ellas sobrepasaban 95%, teniendo en total un promedio de 88.6% de adherencia. Todas las participantes se mantenían con carga viral indetectable; respecto al conteo de células CD4, tenían un promedio de 515.3 células/mm³, en un rango de 317 a 1200.

Seis de las participantes habían requerido un cambio de esquema de tratamiento para facilitar la toma de medicamentos, por embarazo o por el aumento de triglicéridos. Solo dos de ellas habían interrumpido voluntariamente el tratamiento des-

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes.

Características	Porcentaje (n = 10)
Edad	
20-29 años	10
30-39 años	20
40-49 años	40
50 años o más	30
Escolaridad	
Primaria concluida	20
Primaria no concluida	10
Secundaria	60
Secundaria no concluida	10
Estado civil	
Soltera	10
Casada	10
Unión libre	50
Separada	30
Ocupación	
Comerciante	20
Hogar	60
Vendedora	10
Empleada	10
Número de hijos	
Uno o dos	60
Tres o más	40

de su inicio, por un periodo de tres a seis meses, debido a problemas de depresión. En el momento en que se llevó a cabo el estudio, los síntomas que reportaron con mayor frecuencia fueron, a saber: sentir fatiga o pérdida de energía, sentirse deprimidas, ansiosas, tener dificultades para dormir y sufrir problemas de la piel y dolores musculares o de articulaciones.

Procedimiento

Se estableció contacto con las participantes a través del personal de servicios de salud especializados. Antes de iniciar el estudio, se les explicó el objetivo del estudio y se verificó que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de dieciocho años, haber estado bajo tratamiento antirretroviral por más de un año y tener una carga viral indetectable. Luego, se leyó el formato de consentimiento informado donde se describía el objetivo del estudio y las características e impli-

caciones de su participación, así como la forma de contactar a los investigadores en relación al estudio. En caso de que aceptaran participar, se les solicitó que pusieran una marca en lugar de su firma o nombre para garantizar su anonimato.

Instrumentos

Cuestionario de Adherencia del Grupo Clínico de Sida

Adaptado por Balandrán et al. (2013) para evaluar la adherencia de cuatro días, mide la razón entre el número de pastillas tomadas y el número de pastillas prescritas para todos los medicamentos. A partir del cuestionario también se mide el índice de adherencia, el cual requiere para su cálculo de tres ítems adicionales relacionados con el seguimiento del horario específico y las instrucciones especiales durante los últimos cuatro días, así como la última vez que se dejó de tomar alguna pastilla.

Los ítems para evaluar la adherencia de cuatro días y los tres ítems adicionales para obtener el índice de adherencia tienen niveles de consistencia interna mayores a .80 y cuenta con validez predictiva para la carga viral en plasma y la adherencia, medida a través del monitoreo electrónico (Reynolds et al., 2007). El cuestionario tuvo una sensibilidad de 99% al identificar a la mayoría de los pacientes que tenían una adherencia igual o mayor a 95% según el índice, así como una especificidad de 29% para identificar a los pacientes que no son adherentes de acuerdo a dicho índice (Balandrán et al., 2013).

Cuestionario ex profeso

Este cuestionario solicita información sociodemográfica (edad, escolaridad, ocupación, número de hijos, estado civil, personas con las que se vive, identidad sexual) y clínica (año de diagnóstico, tiempo bajo tratamiento, cambio de esquemas de tratamiento, interrupciones al tratamiento, último conteo de carga viral y de células CD4, presencia de síntomas actuales y de otras enfermedades).

Entrevista semiestructurada

Después de la aplicación de los cuestionarios, se hicieron entrevistas semiestructuradas, con duración de 30 a 45 minutos, las cuales fueron audiograbadas para su transcripción (cabe señalar que duran-

te la entrevista tampoco se mencionó el nombre de las participantes para garantizar su anonimato). Para la realización de la misma, se elaboró una guía que cuenta con tres áreas principales: Conocimientos acerca del padecimiento, Adherencia farmacológica y Adherencia no farmacológica. En la sección de Adherencia farmacológica se exploran las barreras contextuales y personales para la toma del medicamento, mientras que en la sección de Adherencia no farmacológica se examinan las barreras personales y contextuales en diversas subáreas vinculadas al cuidado de la salud y que complementan el tratamiento farmacológico: alimentación, ejercicio, descanso, consumo de sustancias, sexualidad, salud mental, asistencia a consultas médicas y pruebas de laboratorio.

Procedimiento

Las entrevistas transcritas fueron analizadas con el programa MAXQDA, versión 11, mediante el cual se construyeron códigos y subcódigos relacionados con las barreras para la adherencia farmacológica y las diversas áreas que comprenden la adherencia no farmacológica. Al término del proceso de codificación, se mantuvieron los códigos que aparecieran con mayor frecuencia a través de los casos; de forma manual, los códigos y subcódigos se agruparon en categorías más amplias que dieran cuenta de las barreras personales y contextuales que aparecen durante el proceso de adherencia. Este proceso fue realizado en forma independiente por cada uno de los autores del presente trabajo, a fin de llevar a cabo una triangulación del análisis que permitió conservar las categorías identificadas por ambos.

RESULTADOS

Barreras para la adherencia farmacológica

La principal barrera mencionada por las participantes fue una barrera de tipo personal denominada “olvido”, que implicaba el no tomar el medicamento debido a errores personales de los cuales asumen una responsabilidad individual, como dejar las pastillas en casa, lo que se debía a circunstancias tales como cansancio, memoria exigua o no estar

embarazadas, pues algunas participantes señalaron que se adherían mejor al tratamiento cuando sabían que la salud de su bebé dependía de que tomaran adecuadamente el medicamento. Incluso mencionaron otras formas singulares de olvido que no implican dejar de lado una toma, sino realizar la toma dos veces.

También señalaron como barrera para la adherencia farmacológica los efectos secundarios del tratamiento, debido a los cuales podían llegar a evitar algunas tomas, aunque en el presente estudio las participantes generalmente no interrumpían o dejaban el tratamiento por ello. Por otro lado, también expresaron que la presencia de malestar físico podía afectar de manera ocasional la toma del medicamento: “Cuando tomaba el Efavirenz, era muy agresivo, pero aun así me lo tomaba, pero llegó un momento en el que me alteraba mucho los nervios, y sí, me ponía a llorar y... Ya no quería. No, ya no soporto” (36 años).

Aunque no fue el caso de todas las participantes, una barrera importante para la adherencia, que se relaciona principalmente con la no adherencia de tipo intencional, fue el malestar emocional. Dicho malestar se vincula con patrones a mediano plazo de no adherencia y que en las participantes se manifestó como “sentirse deprimida”, “sentirse sola” o con frases como “no sentía ganas de venir [a los servicios de salud] ni de tomarme la pastilla”. Aunque las mujeres que se adhieren al tratamiento pueden sentir dicho malestar y mantener la toma, tales patrones de falta de adherencia a mediano plazo surgieron principalmente al principio del tratamiento, especialmente ante la vulnerabilidad afectiva generada por el diagnóstico: “Nomás duré tres meses sin tomármelo porque tenía la depresión. Salí de la depresión, y gracias a Dios ahorita ya mi medicamento es al día” (36 años).

En menor medida, las participantes expresaron que la toma del medicamento podía verse afectada por ciertos aspectos situacionales, tales como estar haciendo otras actividades. Este aspecto se vincula con la manera en que el tratamiento se inserta en su vida cotidiana, lo cual se dificulta especialmente cuando se lleva a cabo en forma simultánea a diversas actividades en el ámbito laboral, el hogar o el cuidado de los hijos. Asimismo, aunque con menor frecuencia, se mencionaron ciertas barreras contextuales, como el desabasto de medica-

mentos, y personales, como estar asintomáticas, debido a que se puede generar un exceso de confianza y favorecer una minimización del riesgo de no tomar los medicamentos.

Barreras para la adherencia no farmacológica

Las participantes identificaron múltiples barreras para la adherencia no farmacológica, las cuales se presentan aquí por cada área explorada. En términos de alimentación, señalan principalmente las barreras personales, a través de la categoría “No poder dejar ciertos alimentos”, entre los que se incluyen el café, los refrescos o la llamada “comida chatarra”; de manera complementaria, señalaron como barrera el que no les agradaban los alimentos saludables, haciendo alusión a que no les gustaba comer verduras o que en su hogar no acostumbraban hacerlo. Sin embargo, también refirieron una barrera de tipo contextual al vincular los hábitos alimenticios a cuestiones económicas, manifestando que comían lo que había, que carecían de los alimentos recomendados o que no contaban con una despensa saludable.

A diferencia de la alimentación, en el ámbito de la actividad física predominaron las barreras de tipo contextual, tales como la falta de tiempo. Relacionada con la saturación de actividades, mencionaron como una barrera el cansancio o la flojera. También indicaron que la actividad física se había visto interrumpida por cambios en su rutina, ya fuera por cambios de residencia o por fiestas y celebraciones en ciertas épocas del año. Entre las barreras más ligadas a lo personal, y que fueron reportadas en menor medida, se encuentra que algunas no deseaban establecer una rutina de ejercicio, ya fuese porque consideraban que hacían ejercicio mientras realizaban otras actividades diarias, o bien porque les disgustaba realizar dicha actividad.

En relación al descanso, las participantes señalaron como principales barreras de tipo personal el malestar físico, como dolores de cabeza o de huesos, así como el hecho de que no les gustaban las siestas, al tiempo que refirieron los horarios de trabajo como una barrera contextual. Acerca de la recomendación de no consumir sustancias como el tabaco o el alcohol, entre las barreras personales reportaron el no poder dejar el cigarro o privarse de consumir alcohol en algunas celebra-

ciones, aunque cabe mencionar que algunas de las participantes dijeron no tener un problema con el consumo de esas sustancias antes o después del diagnóstico de VIH.

En términos de la sexualidad, se identificaron diversas barreras contextuales. La principal se denominó “A mi pareja no le gusta usar condón”, que se vincula con el hecho de que tanto las mujeres como sus parejas corrían riesgos, ya sea porque “se les pasaba el miedo de adquirir el VIH”, porque su pareja “no quería ir por otro condón si se le caía”, o bien porque pensaban que las personas “son aferradas cuando no tienen el VIH”: “Me he arriesgado mucho, sí, me he arriesgado, pero sí uso el preservativo, sí, el preservativo nada más; no puedo usar otro más que el preservativo, y es lo único. Pero sí, me he arriesgado, o sea... ¿cómo te diré? Sería mentirte si te dijera que me los pongo todos. No, no es cierto, ahí están mis citas, ahí está la mentira; no, sí me he arriesgado, de que a veces se rompe o que se zafó” (36 años).

Esto implica que la pareja tiene un mayor poder de decisión respecto al cuidado, y que dicho poder también se manifiesta en otra de las barreras para el cuidado de la salud sexual: el temor de revelar a la pareja que se tiene el VIH. Asimismo, las participantes refieren que podían evitar las relaciones sexuales por el temor a transmitir el VIH a su pareja, lo cual también constituye una barrera para su salud sexual.

Acerca de su salud mental, las participantes consideraron principalmente una barrera contextual relacionada con el trabajo y el no tener tiempo para acudir a las consultas de psicología u otras actividades terapéuticas relacionadas, aunque cabe mencionar que en los servicios de salud las citas médicas podían tomarse el mismo día que las citas en el servicio de psicología: «Se me complica más porque le digo que a veces [...] me llaman en mi trabajo, pues tengo que ir dos o tres días, y pues, haz de cuenta que en [esos] días ya no puedo venir. Pero le he dicho a la doctora: “No puedo venir los jueves al grupo de apoyo”» (31 años).

Por otro lado, asistir a las citas médicas puede verse afectado por algunas barreras personales, como el olvido o la confusión en la hora de las citas, el no levantarse para acudir a ellas, especialmente si es temprano, o incluso por el malestar emocional, pero también por barreras contextuales, como el

no tener el dinero necesario. Finalmente, el hacerse las pruebas de laboratorio, que se realizan con una periodicidad más extensa, puede verse limitado por barreras similares a las citas médicas: el

olvido, el no tener para los pasajes y la distancia hasta los servicios de salud.

En la Tabla 2 se presentan con ejemplos las barreras personales y contextuales para la adherencia farmacológica y no farmacológica.

Tabla 2. Barreras para la adherencia farmacológica y no farmacológica en mujeres con VIH.

Barrera	Categorías	
	Personales	Contextuales
Adherencia farmacológica	Olvidos Efectos secundarios Malestar físico Malestar emocional Estar asintomática	Estar haciendo otras actividades. Desabasto de medicamentos.
Adherencia no farmacológica		
Alimentación	No poder dejar ciertos alimentos. No gustar de los alimentos saludables.	No contar con una despensa saludable.
Actividad física	Cansancio. No desear establecer una rutina de ejercicio.	Falta de tiempo. Cambios en la rutina.
Descanso	Malestar físico. No gustar de las siestas.	Horarios de trabajo.
Consumo de sustancias	No poder dejar el tabaco.	Consumo de alcohol en celebraciones.
Salud sexual	Temor a transmitir el VIH a la pareja.	Disgusto de la pareja por usar condón. Temor a revelar el VIH a la pareja.
Salud mental		El trabajo. No tener tiempo.
Asistencia a citas médicas	Olvidos. Malestar emocional.	No tener dinero para asistir.
Asistencia a citas de laboratorio	Olvidos.	No tener dinero para asistir. Las distancias.

DISCUSIÓN

La no adherencia farmacológica y no farmacológica son comunes en mujeres con VIH, y requieren la colaboración con las pacientes para disminuirlas al mínimo. En términos del componente farmacológico del tratamiento, la no adherencia se manifiesta principalmente en patrones de corto plazo y de forma no intencional (Norton et al., 2010) a través del olvido, el error humano, o bien el cansancio o la realización de otras actividades.

Otras barreras identificadas tampoco son intencionales, en el sentido de que las pacientes pueden decidir no tomar el medicamento debido a sus efectos secundarios (Krummenacher et al., 2014) o al malestar físico (Rivet et al., 2007); incluso la

persistencia de los efectos secundarios puede llevar a su interrupción o a un cambio de esquema. Una mención especial requiere el malestar emocional, expresado incluso como “depresión”, el cual se ha identificado como una barrera en estudios previos (Applebaum et al., 2008; Campero et al., 2010), y que es preciso señalar que se vincula con patrones de no adherencia en el mediano plazo; por ello, es importante evaluar el estado emocional de las pacientes antes de iniciar un tratamiento.

Una de las principales barreras para la adherencia al tratamiento no farmacológico se relaciona con la salud sexual, pues ocasionalmente algunas de las participantes no utilizaban el condón con su pareja; Allen y Torres (2008) ya han mencionado este problema respecto a los riesgos pre-

sententes en las relaciones de confianza. Tal omisión es algo que temen comunicar en los servicios de salud, pese a que las expone al riesgo de reinfectarse o de adquirir otra infección de transmisión sexual. Asimismo, el estigma asociado al VIH se manifiesta en el temor a revelar el diagnóstico o a evitar las relaciones sexuales por temor a transmitir el virus. Las anteriores son manifestaciones de un proceso de internalización del estigma (Herrera et al., 2014) que aumentan la vulnerabilidad vinculada a las diferencias de poder en la relación de pareja. En este sentido, es importante considerar que una concepción integral de la salud implica la inclusión de la dimensión de la sexualidad, y que los servicios de salud requieren atender los problemas presentes en la negociación del uso del condón con la pareja.

Entre los riesgos del uso de medicamentos antirretrovirales se encuentra el aumento del nivel de grasas y azúcar en sangre, así como diversos problemas digestivos, por lo que las recomendaciones relativas a la alimentación y el ejercicio son esenciales. Pese a ello, las participantes reportaron diversas barreras contextuales, como no contar con los recursos económicos para tener una despensa saludable o la falta de tiempo para preparar los alimentos debido a sus múltiples actividades. Esta última barrera es similar a la identificada por Krumpal et al. (2014) para la toma de medicamentos, la cual es afectada por la organización de la vida cotidiana.

También existen barreras personales intencionales, como no poder dejar de comer ciertos alimentos, no ingerir alimentos saludables o no querer establecer una rutina de ejercicio, que no se perciben como prácticas de riesgo en la misma medida que el sexo sin condón o el consumo de sustancias, y que a la vez representan formas en que las mujeres dejan de “ser para el otro” (Campero et al., 2010) y actúan para sí mismas, aunque ello implique riesgos para su salud. Por ello, las intervenciones psicológicas tendrían que orientarse a promover cambios en los hábitos alimenticios, además de abordar la dificultad para disminuir el consumo de tabaco; respecto al consumo de alcohol, cabe mencionar las dudas de las participantes acerca de la posibilidad de hacerlo en forma ocasional.

En términos de la asistencia a citas y laboratorio, las principales barreras fueron personales, como el olvido, así como barreras contextuales, que incluyen el no tener dinero para el transporte y las largas distancias. Ello indica la posible utilidad del uso de recordatorios con los pacientes que tienen esas barreras, así como de apoyos económicos para los pacientes más vulnerables. Tal como ocurre con el caso del ejercicio y de la toma del medicamento, los horarios de trabajo o la falta de tiempo debida a múltiples actividades pueden afectar el descanso y el cuidado de la salud mental, esta última promovida especialmente a través de la terapia individual o de grupos de apoyo. Es necesario señalar que, en el momento en que se realizó el estudio, había mujeres que acudían a servicios psicológicos, o bien que, dando prioridad a la atención médica, habían recurrido a dichos servicios en etapas de crisis.

Finalmente, a diferencia del estudio de Herrera et al. (2014), las participantes no reportaron dificultades importantes con el personal de salud; no obstante, se identificaron limitaciones para comunicarse abiertamente en relación a la sexualidad, el consumo de sustancias o el olvido de ciertas tomas. En menor medida, también señalaron ciertas barreras contextuales, como el desabasto de medicamentos (Arrivillaga, 2010b), aunque esto de forma ocasional.

Para futuros estudios, se recomienda identificar las barreras personales y contextuales en distintos grupos de mujeres diferenciados por sus niveles de adherencia, a fin de generar estrategias de atención acordes a su vulnerabilidad ante la no adherencia durante el proceso de tratamiento, lo que permitirá comprender en qué medida los procesos de adherencia óptima se vinculan con reestructuraciones de las regulaciones de género en su vida cotidiana, pues convertirse en una “buena paciente” implica un proceso de empoderamiento. Asimismo, es recomendable fomentar como una práctica continua la evaluación de la adherencia terapéutica, asumiendo que patrones de no adherencia en el corto plazo son inevitables, aun en pacientes con carga viral indetectable, y que dicha evaluación también debe incluir la adherencia no farmacológica a fin de prevenir posibles complicaciones respecto a su salud.

En fin, las barreras para la adherencia en mujeres que viven con VIH pueden diferenciarse por los propios tipos de adherencia. La adherencia farmacológica se ve afectada en el corto plazo por el olvido, el malestar físico (incluidos los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral), el cansancio o el desarrollo de múltiples actividades. A mediano plazo, el malestar emocional es la principal barrera para la adherencia farmacológica.

Respecto a la adherencia no farmacológica, las áreas donde se identificó el mayor riesgo

fueron la sexualidad, la alimentación y la actividad física, aunque también hay barreras personales y contextuales que afectan el cuidado de la salud mental, el descanso y la asistencia a las citas. Se recomienda promover el automonitoreo de la adherencia farmacológica y no farmacológica como una práctica continua durante el proceso de tratamiento, así como instrumentar estrategias de intervención ajustadas a las circunstancias de vida de cada paciente para reducir al mínimo la no adherencia.

REFERENCIAS

- Allen, B.A. y Torres, P. (2008). Género, poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias. En J. A. Córdova, S. Ponce de León y J. L. Valdespino (Eds.): *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos* (pp. 275-287). Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública.
- Applebaum, A., Richardson, M., Brady, S., Brief, D. y Keane, T. (2008). Gender and other psychosocial factors as predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in adults with comorbid HIV/AIDS, psychiatric and substance-related disorder. *AIDS and Behavior*, 13, 60-65. doi: 10.1007/s10461-008-9441-x.
- Arrivillaga, M. (2010a). Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 225-236. Disponible en línea: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515381005>.
- Arrivillaga, M. (2010b). Análisis de las barreras para adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública de México*, 52(4), 350-356. Disponible en línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000400011yscript=sci_arttext
- Balandrán, D., Gutiérrez, J. y Romero, M. (2013). Evaluación de la adherencia antirretroviral en México: adherencia de cuatro días vs. índice de adherencia. *Revista de Investigación Clínica*, 65(5), 384-391. Disponible en línea: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn135c.pdf>
- Campero, L., Caballero, M., Kendall, T., Herrera, C. y Zarco, A. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: impactos en varones y mujeres mexicanos desde un enfoque de género. *Salud Mental*, 33(5), 409-417. Disponible en línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000500005yscript=sci_arttext.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (s.f. a). *La epidemia del VIH y el sida en México*. México: CENSIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (s.f. b). *Mujeres y... el VIH y el sida en México*. México: CENSIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (2014). *Guía de manejo antirretroviral de las personas con VIH* (6ª ed.). México: CENSIDA.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (2015). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 2do. trimestre de 2015*. México: CENSIDA. Disponible en línea: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2015.pdf
- Chesney, M., Morin, M. y Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine*, 50, 1599-1605. Disponible en línea: http://atar-vih.wdfiles.com/local--files/biblio/chesney_adherence%20to%20HIV%20therapy_soc%20sci%20med.pdf
- Gagné, C. y Godin, G. (2005). Improving self-report measures of non-adherence to HIV medications. *Psychology and Health*, 20(6), 803-816.
- González, M., Ybarra, J. y Piña, J. (2012). Relaciones sociales, variables psicológicas y conductas de adherencia en adultos con VIH. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), 173-184.
- Herrera, C., Campero, L., Caballero, M., Kendall, T. y Quiroz, A. (2009). Cuerpo y sexualidad en la experiencia de hombres y mujeres con VIH: una exploración de diferencias y coincidencias de género en México. *Estudios Sociológicos*, 27(79), 147-170.
- Herrera, C., Kendall, T. y Campero, L. (2014). *Vivir con VIH en México. Experiencias de mujeres y hombres desde un enfoque de género*. México: El Colegio de México.

- Krummenacher, I., Spencer, B., Du Pasquier, S., Bugnon, O., Cavassini, M. y Schneider, M. (2014). Qualitative analysis of barriers and facilitators encountered by HIV patients in an ART adherence programme. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36, 716-724. doi: 10.1007/s11096-014-9930-0
- Mo, P. y Mak, W. (2009). Intentionality of medication non-adherence among individuals living with HIV/AIDS in Hong Kong. *AIDS Care*, 21(6), 785-795. doi: 10.1080/09540120802511968
- Norton, W., Rivet, K., Fisher, W., Shuper, P., Ferrer, R., Cornman, Fisher, J. (2010). Information-motivation-behavioral skills barriers associated with intentional versus unintentional ARV non-adherence behavior among HIV+ patients in clinical care. *AIDS Care*, 22, 979-987. doi: 10.1080/09540121003758630
- Peñarrieta, M., Kendall, T., Martínez, N., Rivera, A., Gonzáles, N., Flores, F. y Del Ángel, A. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(3), 333-337.
- Puskas, C., Forrest, J., Parashar, S., Salters, K., Cescon, A., Kaida, A., Hogg, R. (2011). Women and vulnerability to HAART Non-adherence: a literature review of treatment adherence by gender from 2000 to 2011. *Current HIV/AIDS Reports*, 8, 277-287. doi: 10.1007/s11904-011-0098-0
- Reynolds, N., Sun, J., Nagaraja, H., Gifford, A., Wu, A. y Chesney, M. (2007). Optimizing measurement of self-reported adherence with the ACTG Adherence Questionnaire. A cross-protocol analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 46, 402-409. doi: 10.1097/QAI.0b013e318158a44f
- Rivet, K., Konkle-Parker, D., Cornman, D., Barta, W., Ferrer, R., Norton, ... Fisher, W. (2007). Reasons for ART non-adherence in the Deep South: adherence needs of a sample of HIV-positive patients in Mississippi. *AIDS Care*, 19, 1210-1218. doi: 10.1080/09540120701426516
- Skovdal, M., Campbell, C., Nyamukapa, C. y Gregson, S. (2011). When masculinity interferes with women's treatment of HIV infection: a qualitative study about adherence to antiretroviral therapy in Zimbabwe. *Journal of the International AIDS Society*, 14, 1-7. doi: 10.1186/1758-2652-14-29
- Ubbiali, A., Donati, D., Chiorri, C., Bregani, V., Cattaneo, E., Maffei, C. y Visintini, R. (2008). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: Can patients' gender play some role? An Italian pilot study. *AIDS Care*, 20(5), 571-575. doi: 10.1080/09540120701867172