

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y Cs. SOCIALES**  
**LIC. EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**PROPUESTA DE TRABAJO DE CAMPO Y PROYECTO FINAL**

**"Factores y percepciones que inciden en la adherencia al tratamiento de las personas que viven con VIH/sida, en pacientes ambulatorios asistentes al Hospital Pablo Soria en el primer semestre del año 2021"**

**ALUMNA**

**Tania Inés Ayala Molina**

**L.U. E-3318**

**TUTOR PROPUESTO**

**Lic. Ignacio Felipe Bejarano.**

**San Salvador de Jujuy, Noviembre 2021**

## DEDICATORIA

*A las personas que no pierden las esperanzas, de que se derriben las barreras de la discriminación y los prejuicios.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Quiero agradecer a Dios por rodearme de personas que me desafiaron, apoyaron y motivaron a seguir adelante.*

*También agradecer de corazón:*

*A mis padres por haberme brindado todo lo que estuvo a su alcance.*

*A las personas protagonistas, que hicieron posible esta investigación, animándose a participar, y por un momento, abrirme las puertas de sus vidas.*

*Al personal del Hospital Pablo Soria, por el apoyo que me brindaron durante todo el proceso.*

*Al Lic. Ignacio F. Bejarano, por su humildad, y la disposición para compartir todo su conocimiento, a favor de los tesisistas.*

*A Rafael Carrillo y Agustina Baca por su gran ayuda y su buena predisposición.*

## INDICE GENERAL

Dedicatoria	1
Agradecimientos	2
Indice General	3
Introducción	5
Planteo del Problema	6
Formulación del Problema	11
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
Hipótesis de Trabajo	12
Marco Teórico	13
Estado del Arte	28
Metodología	39
Resultados Cuantitativos	44
Resultados Cualitativos	60
Metacategoría: Dificultades para seguir el tratamiento	61
Metacategoría: Motivo para retomar el tratamiento	68
Metacategoría: Como se sienten con el tratamiento	74
Metacategoría: Aspectos positivos y negativos en la relación con el Hptal. Pablo Soria.	82
Metacategoría: Adherencia al tratamiento y Proyecto de Vida	86
Discusión	92
Conclusión	99
Bibliografía	102
Proyecto de Intervención Comunitaria	109

Introducción	110
Marco Teórico	113
Fundamentación	118
Objetivo General	123
Objetivos Específicos	123
Acciones	124
Estrategia	125
Metodología	125
Propuesta de Intervención	126
Evaluación	127
Recursos	128
Resultados Esperados	129
Bibliografía	130
Anexo	131

## INTRODUCCION

Si bien no existe la cura definitiva del VIH, si se dispone del acceso garantizado al tratamiento de por vida -según la ley nacional de sida n°23.798- siendo necesario el mantenimiento de una adherencia efectiva en un 90% lo cual incluye adopción de actitudes saludables por parte de la persona y el contexto.

Se conoce hasta aquí, que se puede garantizar de esta manera, la prolongación de la vida, en tanto no se llega al Sida y por ende a las enfermedades oportunistas que atentan contra la vida de la persona, posibilitándoles llevar a cabo sus actividades- laborales, sociales, entre otras. Por ello, es necesario conocer cuáles son los factores y percepciones que influyen en la concreción de este objetivo, tanto en el propio sujeto, como en el entorno en el cual se encuentra inserto.

Es importante recordar, que el VIH/Sida dejó de ser mortal convirtiéndose en una afectación crónica, teniendo como condición una temprana y adecuada adherencia a un tratamiento integral que lleve hacia una carga viral indetectable y subir el nivel de defensas/CD4, pudiendo alcanzar una sobrevida de 30 a 40 años aproximadamente -a partir de la infección- similar al promedio de vida de una persona que no contrajo el virus. Otro de los beneficios de la adherencia es la disminución de la internación hospitalaria y todo lo que esto implica para la persona como para su entorno.

Por ello se considera relevante conocer cuáles son los factores en juego que inciden en la adherencia al tratamiento- pudiendo facilitarlo u obstaculizarlo- como así también la percepción que las personas portadoras tienen de sí mismas, del tratamiento y del entorno hacia ellas, a la hora de enfrentar la lucha contra el VIH/Sida.

La Psicología Social sostiene que el ser humano es un sujeto bio socio psicológico<sup>1</sup>. Riviere afirma “El hombre es un ser de necesidades<sup>2</sup> que solo se satisfacen socialmente, en relaciones que lo determinan...”. Es decir, configurándose en una actividad transformadora, en una relación dialéctica mutuamente modificante con el mundo, motivado por una necesidad que

---

<sup>1</sup> Cieza, Fernanda y colaboradores (2014). Psicología social: una herramienta para pensar, sentir y actuar. San Salvador de Jujuy: Universidad Nacional de Jujuy. Argentina. 1º edición. EdiUnju.

<sup>2</sup> Quiroga, A. (1998). Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Desarrollos en Psicología Social a partir del pensamiento de Enrique Pichón-Rivière. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

lo impulsa, pudiendo ser esta básica o profunda. Como resultado, el sujeto va configurando su forma de auto percibirse y percibir la realidad.

Desde esta corriente, se reconoce la capacidad de las personas para influenciar y transformar su situación, por medio del empoderamiento y la adopción de los cuidados necesarios.

## **Planteo del Problema**

El lugar seleccionado como espacio de estudio es el “*Hospital Pablo Soria*”. En el año 1960 se funda en la provincia de Jujuy el Hospital Pablo Soria<sup>3</sup>. Luego de un entramado de peticiones y leyes sancionadas desde el año 1950, finalmente se logra transferir al estado un terreno ubicado entre las calles Patricias Argentinas y Güemes. Es el hospital central de la Ciudad de San Salvador de Jujuy

Por Ley N° 119 de fecha 11 de Enero de 1950, se autoriza al Ejecutivo Provincial a transferir gratuitamente a la Fundación "Ayuda Social María Eva Duarte de Perón", una fracción de terreno de propiedad fiscal, con la superficie que resultare dentro de los límites dado por las calles: Salta (al norte), Güemes (al sur), Patricias Argentinas (al este) y General Paz (al oeste). Firman al pie de la Ley, Marcos Paz Secretario de la Honorable legislatura e Isaac Cabana, Vicepresidente 1°.

El 3 de mayo de 1955, el Ministro de obras públicas a través del Arquitecto Arístides de Saavedra Coria, toma conocimiento de la aceptación de los terrenos por parte de la Fundación por lo que solicita el Sr. Gobernador de la Provincia, Profesor Jorge Villafañe, la entrega de esos terrenos a fin de encarar la inmediata iniciación de la obra del policlínico "17 de Octubre", nombre con el cual fue designado.

En el año 1959 el Policlínico<sup>4</sup> estaba construido en su casi totalidad por lo que antes de su inauguración estaban habilitados algunos pabellones donde funcionada el internado de la Escuela de Enfermería, Cirugía de Tórax y Sala de Lucha Antituberculosa.

---

<sup>3</sup> Teruel, Ana; Lagos, Marcelo: (2006) Jujuy en la Historia. De la colonia al siglo XX, Ed. Universidad Nacional de Jujuy. Jujuy.

<sup>4</sup> Paleari, Antonio (1992). Jujuy Diccionario General, tomo XI. Editado por el Gobierno de la Provincia de Jujuy.

El 4 de Julio de 1960 mediante el Decreto N° 2955/60 estando próximos a la inauguración del Hospital Central, el Sr. Gobernador Dr. Horacio Guzmán y el ministro Dr. Ítalo Scaro consideran que a esta Institución debe darse el nombre de personas ilustres que honraron a nuestra provincia y designan con el nombre de PABLO SORIA al Hospital central ubicado entre las calles Patricias Argentinas, Güemes, General Paz y Salta. En la misma época y por esos años se inauguraron siete hospitales en nuestra provincia entre ellos el Hospital de Niños "Dr. José Quintana", Hospital de Perico: "Dr. Arturo Zabala", el Hospital de Fraile Pintado y el Hospital de La Quiaca "Dr. Jorge Uro". La inauguración del Hospital Pablo Soria se realiza el 22 de Agosto de 1960, bajo la Dirección del Dr. Antonio Abdala. Para su funcionamiento se trasladaron algunos muebles equipo e instrumental desde el Hospital San Roque.

Desde esa fecha y hasta el día de hoy este Hospital fue creciendo en Servicios y Complejidades, actualmente la carta de servicios<sup>5</sup> que brinda es la siguiente: Cirugía General, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica, Cirugía Vascular, Endocrinología Hepatología, Audiometría, Nefrología, Reumatología Medicina del Dolor, Ecocardiografía, Hematología Hemodiálisis, Infectología, Kinesiología, Oncología, Proctología, Odontología y Oftalmología.

Con más de Treinta (30) años de historia, el Sida ha generado enorme movimiento social en todo el mundo, ha reorientado investigaciones, pensamientos y modos de vida. Es un huésped que atrincherado cuestiona un largo pasado. En estas cuatro letras que forman una escritura sida, podemos leer años de trabajos que insisten en marcar que no basta con informar, ni con indicar ni con aconsejar: hay un sujeto fundamental en la prevención de cada persona<sup>6</sup>.

Una movilización internacional sin precedentes en las últimas décadas, ha permitido grandes avances en la lucha contra el VIH/sida. Sin embargo, la enfermedad continúa matando masivamente: cada año, alrededor de 1 millón de personas mueren y 2 millones se contagian.

---

<sup>5</sup> Ministerio de Salud (2009). El Hospital Pablo Soria. Cartas de Servicios. Disponible en: <http://jujuy.gob.ar/wp-content/uploads/sites/14/2018/09/CS-HOSPITAL-PABLO-SORIA.pdf>

<sup>6</sup> González, Leonardo Fabio (2007). Uso del preservativo y su importancia en la prevención del VIH/SIDA en mujeres. Servicio de Infectología y Enfermedades Tropicales Hospital San Roque. Trabajo Final de Grado. Universidad Nacional de Jujuy. Facultad de Humanidades y Cs. Sociales. Departamento de Ciencias de la Salud. Jujuy, Argentina.

Hacia fines de 2017, 36,9 millones de personas estaban infectadas con VIH<sup>7</sup>, en su gran mayoría del África subsahariana. Aunque el VIH/sida no tiene cura, el tratamiento con antirretrovirales permite llevar una vida saludable y reducir casi a cero el riesgo de transmisión del virus a otra persona. El costo de las drogas de primera línea es más bajo que nunca, pero aún se necesita hacer grandes esfuerzos para conseguir que cada persona viviendo con VIH reciba el tratamiento. En 2017, fueron más de 15 millones las que no pudieron acceder al tratamiento.

En la actualidad existen diversas fundaciones que luchan contra esta pandemia, una de ellas es la Fundación Huésped<sup>8</sup>, con el fin de conseguir que el actual gobierno tome las siguientes medidas para terminar con el VIH en Argentina:

1. Asegurar el tratamiento, vacunas, y pruebas de carga viral y resistencia para todas las personas con VIH
2. Expandir el acceso al test de VIH
3. Promover el concepto de Indetectable = Intransmisible (I=I)
4. Implementar la profilaxis pre exposición como política pública de prevención combinada junto con el preservativo y la ESI
5. Jerarquizar a los equipos de salud para el abordaje integral del VIH, Hepatitis virales e ITS
6. Comprometer fondos para investigación científica
7. Desarrollar campañas de comunicación
8. Articular con la sociedad civil

---

<sup>7</sup> Médicos Sin Fronteras (2019). VIH SIDA. Disponible en: <https://www.msf.org/ardades/vihsida?gclid>.

<sup>8</sup> Fundación Huésped (2019). Prevención ciencia derechos. Ponete la cinta. Firma para terminar con el VIH. Disponible en: <https://asociate.huesped.org.ar>.

9. Implementar las reformas estructurales para optimizar la respuesta integral al VIH

10. Garantizar los derechos sexuales y reproductivos

El Ministerio de Salud de la Provincia considera esta problemática de gran relevancia, por lo que promulgó la Resolución n°002357-S-18 donde se declara Alerta Sanitaria Provincial en VIH, TBC, Sífilis y Consumos Problemáticos. Con respecto al VIH en Argentina, ya son ciento treinta y nueve mil (139.000) las personas que viven con el virus.

En cuanto a la provincia de Jujuy, la información epidemiológica proporciona por el año 2020<sup>9</sup>, nos informa que la cantidad de casos nuevos notificados fueron ciento treinta y uno (131), de los cuales ochenta y cinco (85) pertenecen a varones y cuarenta y seis (46) a mujeres. Es decir 1,8 varones por cada mujer.

Con respecto a la distribución porcentual de los casos notificados por departamentos en la provincia de Jujuy durante el año 2020 fue la siguiente: Dr. M. Belgrano 47% (con 63 casos), Ledesma 16% (con 20 casos), San Pedro 15% (con 19 casos), El Carmen 12% (con 16 casos), Palpalá 6% (con 7 casos), Tilcara 2% al igual que Yavi (con 3 casos c/u).

La media en edad de diagnóstico durante el año 2020 fue: a los 32 años de edad en varones y a los 33 años de edad en mujeres. Con respecto al estado de diagnóstico (por estadio clínico 55% y por Cd4 45%) un 25,1% correspondieron a diagnósticos tardíos. De ellos el 18,7% es masculino y un 6,4% es femenino.

Se continúa con la descentralización de la atención de pacientes con VIH, realizando atención y dispensa de medicamentos en el Htal. Zabala, Htal. Monterrico, Htal El Carmen, Htal. Gallardo, Centro de Especialidades Norte, Htal. Salvador Mazza, Htal. Jorge Uro, y algunos Centros de Salud, además de los Hospitales habituales: Hta. Materno Infantil, Htal. Pablo Soria, Htal. San Roque, Centro de Especialidades Sur, Htal. G. Paterson y Hosp. O. Orias.

---

<sup>9</sup> Programa Provincial Lucha VIH (2020). Síntesis sobre los datos epidemiológicos sobre VIH/Sida, provincia de Jujuy. Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy.

La provincia de Jujuy adhiere a la estrategia 90-90-90, con el apoyo Nacional de Sida y OPS. Además, se cuenta con Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH y Sífilis (CePATS), los mismos tienen por finalidad agilizar la detección primaria del VIH facilitando el acceso al diagnóstico inicial y promoviendo una mejor contención y trato para los pacientes. Los mismos se encuentran distribuidos en Capital, Palpalá, Perico, Monterrico, El Carmen, San Pedro, La Mendieta, Palma Sola, Lib. Gral. San Martín, Tilcara, Abra Pampa, Susques y La Quiaca.

En cuanto al retiro de medicamentos por parte de pacientes activos, registrado en el mes de octubre del año 2020, suman un total de mil cuarenta y un pacientes (1.041), los cuales están distribuidos entre todos los Hospitales y Centros de Especialidades de la Provincia.

Durante el mes de diciembre del año 2018 la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos (Rajap) -sede Jujuy, dio cuenta de los 2.015 casos detectados de VIH-Sida<sup>10</sup>, de los cuales 1.800 están vivos, y basándose en las estadísticas de la Dirección Provincial de Sida.

Además, la Rajap informó sobre las múltiples necesidades con las que cuentan las personas internadas en la sala 7 de este hospital (San Roque) como ser carencia de ropa, pañales para adultos, agua saborizada y elementos de higiene personal.

Esta red está integrada por treinta jóvenes que apoyan a aquellos que dan positivo al test de VIH. En conjunto con un cuerpo de médicos y psicólogos se trabajan para contener, y lograr que el tratamiento no sea interrumpirlo. Los encargados de la sede local Nicolás Llanes, coordinador provincial y supervisor regional del NOA en Índice de estigmatización y discriminación, y Antonio Zalazar Dip, coordinador adjunto, expresaron el constante seguimiento de los jóvenes y adolescentes para que continúen con el tratamiento médico.

Además, añadieron que hay personas con VIH que se resignan por el estigma y la discriminación que sufren. "En el sistema de salud hay un acompañamiento, pero no es suficiente".

---

<sup>10</sup> Diario El Tribuno de Jujuy (2018). 265 casos de VIH-Sida. Disponible en: <https://www.tribuno.com/vih-sida>.

Se visualizan muchos casos dolorosos, ya que la población demuestra desinformación, estigmas y discriminación. Hay jóvenes que son discriminados por la propia familia, se encuentran pacientes internados en etapa Sida en “estado de abandono”. Por lo que se esperan donaciones de la comunidad en general.

Por otro lado, los pacientes ambulatorios tienen gran dificultad debido a la estructura del servicio, con dificultad para conseguir turnos, perdiendo días de trabajo, y atentando con la continuidad del tratamiento, controles y estudios necesarios- según la condición.

### **Preguntas Guías**

- ¿Qué dificultad encuentra para mantener en el tiempo su tratamiento?
- ¿Cómo se siente con el tratamiento?
- ¿Qué aspectos positivos y que aspectos negativos percibe de los actores del sistema de salud a la hora de relacionarse con usted?
- ¿El tratamiento te ayuda a continuar con tu proyecto de vida?
- ¿Qué factores inciden para que se abandone la adherencia al tratamiento?
- ¿Cuál es su opinión respecto a este abandono?

### **Formulación del Problema**

*¿Qué factores inciden en la adherencia al tratamiento de las personas que viven con VIH/sida, en pacientes ambulatorios asistentes al Hospital Pablo Soria en el primer semestre del año 2021 y qué percepciones poseen los actores sociales involucrados al respecto?*

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Determinar los factores que inciden en la adherencia al tratamiento de las personas que viven con VIH, en pacientes ambulatorios asistentes al Hospital Pablo Soria en el primer semestre del año 2021 y conocer las percepciones que poseen los actores sociales involucrados al respecto.

### **Objetivos Específicos**

- Describir las dificultades que encuentran para mantener en el tiempo el tratamiento.
- Conocer cómo se sienten con el tratamiento.
- Interpretar los aspectos positivos y aspectos negativos que perciben las personas seropositivas a la hora de relacionarse con el personal del sistema de salud.
- Indagar si el tratamiento ayuda a continuar a los pacientes ambulatorios con sus proyectos de vida.
- Determinar los factores que inciden para que se abandone la adherencia al tratamiento.
- Verificar la opinión respecto a este abandono.

### **Hipótesis de Trabajo**

Entre los factores que inciden en la adherencia al tratamiento de las personas que viven con VIH, asistentes al Hospital Pablo Soria en el primer semestre del año 2021 podemos citar a los siguientes: la negación de la enfermedad, el desconocimiento del tratamiento y la enfermedad y el estigma social.

## MARCO TEÓRICO

Para poder aproximarnos a la realidad, es menester establecer la teoría desde la cual se va a llevar a cabo el análisis de esta investigación, interpretación de resultados y arribo de conclusiones. Es por ello que vamos a partir diciendo que el VIH es un virus, es decir un microorganismo<sup>11</sup> que no tienen capacidad para multiplicarse por sí mismos, sino que para hacerlo tienen que introducirse en las células. Cada virus tiene la capacidad de invadir cierto tipo de células, pero a diferencia de todos los demás, el VIH tiene la peculiaridad de invadir las células de defensa del organismo humano, destruyéndolas progresivamente. La sigla VIH significa: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Cuando el virus entra en el cuerpo es reconocido como intruso y el sistema inmunológico o defensivo produce anticuerpos para neutralizarlo. Estos anticuerpos pueden ser detectados con pruebas de laboratorio mediante una simple muestra de sangre. Actualmente, en la gran mayoría de los casos, los anticuerpos son detectables a partir de los quince días después de la infección. Si el test es positivo (reactivo), porque hay anticuerpos, se dice que la persona es seropositiva. En caso contrario, es seronegativa. Hay personas que, a pesar de estar infectadas, pueden pasar años sin manifestar síntomas, encontrándose bien y gozando de un buen estado general. La presencia del virus no es detectable a simple vista.

La sigla SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, hace referencia al conjunto de enfermedades que pueden llegar a afectar a una persona con CD4 (células del sistema inmunológico) bajas. Se considera que la infección llega a la etapa llamada sida cuando las defensas están tan debilitadas que no pueden proteger adecuadamente: aparecen entonces enfermedades que no padecería si las defensas estuvieran bien. Son las llamadas enfermedades oportunistas. Cuando estas enfermedades se presentan, el sistema de defensas del cuerpo humano está muy dañado, por lo que habitualmente el estado general de la persona se deteriora.

El VIH se multiplica<sup>12</sup> en el interior de la célula CD4 hasta que ésta se rompe, entonces, gran cantidad de virus pasa a la sangre. La carga viral es la cantidad de virus que hay en determinados fluidos o tejidos de una persona infectada, y se mide en cantidad de copias de VIH.

---

<sup>11</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Vivir en positivo, guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos. Área de Prevención de la Dirección de Sida y ETS. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07\\_guia](http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07_guia).

<sup>12</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Op. Cit.

Los estudios habituales de control miden la carga viral en sangre: el número de copias de VIH por mililitro (ml). Las personas con una carga viral alta tienen más posibilidades de llegar a la fase sida que aquellas con niveles bajos de virus. Este tipo de análisis, junto con el recuento de linfocitos CD4, sirve para saber cuándo comenzar el tratamiento, ver cómo se responde y evaluar cómo va evolucionando. Cuanto más alta sea la carga viral, más probable es que las defensas disminuyan y pueda desarrollar otras enfermedades; o, dicho de otro modo, a menor cantidad de virus en la sangre, menos riesgo de enfermedad. Es importante realizar esta prueba antes de iniciar el tratamiento porque así, con mediciones sucesivas, se sabrá cómo va respondiendo.

Los CD4 son receptores celulares que se encuentran, sobre todo, en los linfocitos T o células luchadoras del sistema inmunológico (de las defensas). En general se utilizan indistintamente las expresiones linfocitos, linfocitos T o CD4 para referirse a las células del sistema inmunológico que son el blanco preferido del VIH. El VIH infecta a las células y las utiliza para replicarse (hacer copias de sí mismo). Las células infectadas por el VIH mueren, con lo cual el sistema inmunológico se debilita. Una persona con un sistema inmunológico saludable usualmente tendrá entre 700 y 1200 CD4 por mililitro (ml) de sangre, pero esto puede variar según la hora del día o por un simple resfrío o una quemadura de sol. En la actualidad, una persona debe comenzar tratamiento cuando tiene menos de 250 CD4 por ml de sangre.

Existen tres formas a través de las cuales el VIH puede transmitirse:

Por compartir agujas, jeringas, canutos, o el resto del equipo para el uso de sustancias inyectables. Existe también la probabilidad de transmisión al compartir cepillos de dientes, hojas de afeitar, etc. e incluso otros instrumentos usados para perforar la piel (agujas de acupuntura, de tatuajes, piercings, etc.) que no hayan sido previamente desinfectados o esterilizados.

Por mantener relaciones sexuales vaginales, anales y orales sin preservativo. Es decir, por el contacto de las mucosas con fluidos sexuales (secreciones vaginales, semen o fluidos presemiales), o sangre, y durante el sexo oral, si no se usa alguna protección (preservativo o campo de látex). Si una mujer está embarazada, y tiene VIH, el virus puede pasar al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia.

La evolución de la infección por VIH es diferente en cada persona<sup>13</sup>, pero en general, si no se realiza tratamiento, el desarrollo de la misma puede describirse en tres fases. En la primera fase, justo después de la infección, el virus se multiplica en el cuerpo muy rápidamente, pero las defensas están todavía suficientemente fuertes para enfrentarlo. Algunas veces en esta etapa llamada infección aguda por VIH o primoinfección, las personas desarrollan una serie de síntomas similares a los de un cuadro gripal (dolor de cabeza, cansancio, fiebre, inflamación de ganglios del cuello, tos, entre otros). Durante los primeros días que se produce la infección el virus no se puede detectar a través de los anticuerpos (prueba de Elisa); es el llamado período ventana. Es decir que, aun saliendo negativa la prueba de detección de los anticuerpos, existe la infección y se puede transmitirla.

En la segunda fase<sup>14</sup>, el VIH ataca y destruye algunas de las células defensivas. Sin embargo, el organismo es capaz de ir reponiendo las células destruidas, manteniendo un cierto control del virus. Los anticuerpos ya son detectables en la sangre. En esta fase, el virus está aparentemente inactivo y quizá pasen entre 8 y 10 años sin que aparezcan síntomas. Se puede tratar de un período en el que no se sienta ningún problema, pero no se debe olvidar que el virus está en el cuerpo. En la tercera fase, el virus se multiplica rápidamente y aparecen las enfermedades oportunistas, que son aquellas que se aprovechan del mal funcionamiento del sistema inmunológico y que, en condiciones normales, el cuerpo superaría sin problemas. Esta fase, sintomática, es la que se llama sida. Aún en esta fase, la terapia antirretroviral suele resultar efectiva frente al virus y permite que se reconstituyan las defensas.

Por eso es muy importante que las personas sexualmente activas se realicen el test de VIH una vez por año, y también en caso de haber experimentado alguna situación que permita sospechar la infección. En caso de detectarse la infección, también es importante iniciar y mantener los cuidados y el tratamiento adecuado ya que hasta el momento no hay cura que lo erradique totalmente, pero sí que se logre controlar el desarrollo del mismo y evite que su evolución comprometa las defensas del organismo.

El sistema inmunológico, es decir las defensas, es el mecanismo natural del cuerpo humano para protegerse de las enfermedades. Generalmente, cuando hablamos de defensas, nos referimos al número de linfocitos CD4 que contiene un centímetro cúbico (cm<sup>3</sup>) de sangre, que es lo mismo que un mililitro (ml). Con el recuento de CD4 se puede conocer en qué estado se

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Op. Cit.

<sup>14</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Op. Cit.

encuentra el sistema inmunológico. Se considera que la infección puede pasar a sida cuando el número de CD4 es menor a 250 cel/ml.

En la actualidad existen combinaciones de antirretrovirales (medicamentos) que frenan la reproducción del VIH consiguiendo, con el tiempo, que no se detecte en la sangre. Ese es el objetivo del tratamiento antirretroviral. Hoy en día, en la mayoría de los laboratorios se puede detectar hasta menos de 50 copias por ml de sangre por métodos cuantitativos. Cuando la cantidad de virus en sangre sea inferior al mínimo que pueda cuantificar la prueba utilizada, entonces diremos que la carga viral es indetectable. Es decir, hay una cantidad tan pequeña del virus que no se la puede encontrar con las técnicas utilizadas. Tener una carga viral indetectable no quiere decir estar curado, sino que sólo hay una cantidad muy pequeña del virus y que se debe mantener las medidas de prevención que se venían siguiendo, porque sigue siendo posible transmitir el virus o reinfectarse.

Los retrovirus<sup>15</sup>, como lo es el VIH, son organismos cuyo material genético está formado por ácido ribonucleico (ARN). El ARN, por sí solo, no es capaz de reproducirse, para eso necesita del material genético de las células a las que infecta. Este material genético, propio de células más complejas, es el ácido desoxirribonucleico (ADN). Cuando el virus entra en los CD4, su ARN se convierte en ADN viral gracias a una sustancia llamada transcriptasa reversa, presente en los linfocitos. Este ADN viral se junta con el ADN del CD4, de manera que cuando el CD4 comience a reproducirse, reproducirá también el ADN del virus unido a él, que se codificará de nuevo en ARN. Estos fragmentos de ARN viral formarán nuevos virus gracias a otra sustancia llamada proteasa. Los nuevos virus saldrán de la célula y acabarán por destruirla. Esto significa que las células, al morir, liberan copias del virus.

El tratamiento antirretroviral (TARV) consiste en la utilización de medicamentos para evitar la reproducción del virus. De esta manera, se impide la destrucción de las defensas y el desarrollo de enfermedades oportunistas. Al evitar la reproducción del virus no sólo disminuye la posibilidad de enfermarse, sino que da oportunidad a nuestro sistema inmunitario de ir reconstruyendo las defensas dañadas. Hoy en día es posible inhibir o frenar al máximo la reproducción del VIH utilizando combinaciones de tres o más antirretrovirales (ARV). La estrategia de combinar los ARV se debe a que hay varias clases de ARV y ellos actúan de

---

<sup>15</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Op. Cit.

diferentes maneras, entonces al combinarlos se logra impedir la replicación del virus por vías distintas haciendo el tratamiento más efectivo. Se trata de una terapia compleja, cuyos resultados pueden ser muy diferentes de una persona a otra. Sin embargo, está demostrado que el tratamiento antirretroviral reduce la progresión de la enfermedad y logra que se recuperen las defensas<sup>16</sup>.

Antes de iniciar el tratamiento<sup>17</sup> contra el VIH, el médico/a debe conocer la historia clínica, realizar un examen físico y pedir varios análisis de sangre que incluyen un recuento de CD4 y un test de carga viral.

La terapia antirretroviral altamente activa (TARGA o HAART, por sus siglas en inglés) ha mejorado mucho con el tiempo y hoy en día es más eficaz, menos tóxica y más fácil de tomar que en los años 90 cuando se comenzó a utilizar. En aquellos años, generalmente se debían tomar varias dosis de medicamentos contra el VIH todos los días, lo que era muy difícil para algunas personas. Pero ahora esta rutina se ha vuelto mucho más simple. Actualmente la mayoría de las personas toman sus medicamentos sólo una o dos veces al día ya que también, con el correr de los años, los fabricantes de estos medicamentos han ido combinado algunos de ellos en una sola pastilla, facilitando aún más la toma de la medicación. En pocos casos hay medicamentos inyectables.

Actualmente los antirretrovirales se dividen en 5 tipos o familias:

- Inhibidores nucleosídicos o nucleotídicos de la transcriptasa reversa (*Zidovudina (AZT)*, *Estavudina (d4T)* *Lamivudina (3TC)* *Abacavir (ABC)* *Emtricitabina (FTC)* *Didanosina (ddI)* *Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)* *Tenofovir + emtricitabina* *Tenofovir + lamivudina* *Zidovudina + lamivudina* *Zidovudina + lamivudina + abacavir*).
- Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa, que cuando el VIH ingresa a la célula, su ARN viral se transforma en ADN viral mediante la acción de una enzima llamada transcriptasa reversa. Para evitar esto actúan las drogas inhibidoras de la transcriptasa reversa. (*Efavirenz (EFV)* *Nevirapina (NVP)* *Etravirina* *Rilpivirina*)

---

<sup>16</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Op. Cit.

<sup>17</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Op. Cit.

- **Inhibidores de la proteasa:** La proteasa del virus es la que permite, una vez que el virus generó copias de sí mismo, que estas copias se ensamblen y formen nuevas partículas virales. Los inhibidores de la proteasa impiden este proceso. (*Ritonavir -RTV*) *Lopinavir + ritonavir, Indinavir (IDV)* *Atazanavir, Nelfinavir (NFV) Darunavir, Fosamprenavir Tipranavir*).

- **Inhibidores de la fusión;** Para entrar en una célula, el VIH debe fijarse a un receptor de la membrana celular llamado CD4, luego a un correceptor, y luego fusionar su membrana con la membrana del CD4. Los inhibidores de la fusión impiden este último paso y bloquean la entrada del virus al linfocito CD4. (*Enfuvirtide T-20*).

- **Inhibidores de los correceptores CCR5** Estos medicamentos bloquean al correceptor en el linfocito CD4 y por lo tanto impiden que el virus pueda unirse al linfocito, con lo cual también impiden su entrada. (*Maraviroc*).

- **Inhibidores de la integrasa;** Otro proceso de replicación del virus es el de la unión del ADN viral recién formado al ADN de la célula mediante una enzima llamada integrasa, de manera que, cuando la célula se reproduce, también se reproduce el ADN viral. Los inhibidores de la integrasa evitan esto. (*Raltegravir Elvitegravir*).

El tratamiento antirretroviral se prevé de muy larga duración y es, hasta el momento, de por vida<sup>18</sup>. Una parte importante de una buena adherencia al tratamiento está comprendida en tomar correctamente los antirretrovirales. El éxito del tratamiento depende directamente del cumplimiento estricto de la medicación, sin saltarte ninguna de las dosis y respetando el horario de cada toma con precisión, de acuerdo con la pauta acordada con el médico/a, ya que de lo contrario se corre el riesgo de que el tratamiento deje de ser eficaz. Con el paso de las horas, la cantidad de medicamento en la sangre va disminuyendo hasta que llega la hora de la siguiente dosis.

---

<sup>18</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Op. Cit.

Para que un antirretroviral impida eficazmente la reproducción<sup>19</sup> del VIH es necesario que exista cierta cantidad del fármaco en la sangre. Si se retrasa la siguiente toma, se olvida o se vomita, se estaría quedando sin medicación en la sangre durante un tiempo, lo que significa que se está dando oportunidad al virus para reproducirse de nuevo. El VIH, al reproducirse, va sufriendo mutaciones genéticas o cambios que dan lugar a nuevas variantes o cepas con características distintas. Una de estas características puede ser la resistencia a uno o varios antirretrovirales, con lo cual ese fármaco deja de ser eficaz para la persona.

Cada vez que los antirretrovirales estén en una concentración en sangre por debajo de las cantidades mínimas necesarias, se está dando ocasión al VIH para que desarrolle una cepa resistente que haga ineficaz el tratamiento que se sigue. En síntesis, los medicamentos son útiles siempre que en nuestra sangre se encuentren en cantidad suficiente para atacar al virus, cantidad que se consigue tomando la dosis en los horarios indicados. Tomar dosis mayores o juntar las tomas puede llevar a problemas de toxicidad, y reducir las dosis o saltarlas significa no tener la cantidad de medicamento necesaria para atacar al virus.

Diremos que ADHERENCIA<sup>20</sup> hace referencia al cumplimiento de las indicaciones del equipo de salud, especialmente, con respecto a tomar apropiadamente los medicamentos. También se refiere al cumplimiento de otras recomendaciones y cuidados sugeridos por el equipo de salud. Adherencia = Apego = Cumplimiento.

La conceptualización histórica de adherencia hizo alusión al cumplimiento de la prescripción médica. En 1982 Di Matteo y Di Nicola amplían la definición en un “compromiso de colaboración activa e intencionada del paciente en un curso de comportamiento, aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado”. También es definida como “una conducta meta que incluye la incorporación puntual o definitiva de nuevos hábitos en la rutina diaria de la persona, que serán beneficiosos para su salud. La inclusión de dichos hábitos (simples o complejos), requiere saber qué hacer, como hacer y cuando hacer, por lo tanto, el paciente ha de disponer de habilidades de diferente grado de complejidad”.

---

<sup>19</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Op. Cit.

<sup>20</sup> Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Cuidar de mí, es cuidar de ti. Guía de prevención secundaria para personas que viven con VIH-SIDA. Proyecto Novena Ronda Fondo Mundial, Cap. 7.

Tomar todos los medicamentos en cantidades adecuadas y a tiempo implica cumplir mínimo con el 95% de las dosis al mes, esto significa, por ejemplo, si se le formuló a la persona tres pastillas por día, debe tomar 90 dosis o pastillas al mes y una adherencia del 95% significa que no puede olvidar o tomar de forma tardía más de 5 pastillas por mes. Aquellos que durante los últimos tres meses se encuentran bajo tratamiento, según los registros de estos nosocomios (de San Salvador de Jujuy), son consideradas “*personas bajo tratamiento activo*”.

La otra parte de una buena adherencia al tratamiento es el cuidado de sí de manera integral<sup>21</sup>, reflejado en una actitud que salvaguarda de posibles cosas o elementos que puedan causar daño. A la vez, se orienta a incluir hábitos saludables, que permitan sentirse bien consigo mismo/a, y al mismo tiempo, mejorar y mantener un estado de salud adecuado. Son acciones simples y rutinarias que consisten en; la reflexión sobre las propias actitudes y comportamientos. El cuidado de la salud física y mental. El cuidado de la salud sexual y reproductiva. La alimentación e higiene personal. El sueño y descanso reparador. La satisfacción laboral. El cuidado en las condiciones de hábitat, del entorno y la vivienda. Todo ello lleva a mejorar la calidad de vida, complementando el tratamiento y las recomendaciones médicas que se recibe.

La Organización Mundial de la Salud indica que un tercio de las personas que viven con VIH y acceden al tratamiento antirretroviral no toman su medicación adecuadamente, manifestando tasas de adherencia subóptimas.

La adherencia al tratamiento antirretroviral depende de diversos factores<sup>22</sup> asociados a:

1- Factores Personales: Características sociodemográficas, factores cognitivos, factores de la motivación (intención o no de tomar el medicamento, actitud positiva hacia los medicamentos, recordar la infección al tomar el medicamento, insatisfacción con el tratamiento), factores emocionales (presencia de trastornos depresivos, de ansiedad o estrés, presencia de estados afectivos y emocionales positivos).

---

<sup>21</sup> Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Op. Cit.

<sup>22</sup> Roldán, Martín y Soberbio, Florencia. (2016). Adherencia al tratamiento con antirretrovirales en la red argentina de jóvenes y adolescentes positivos. Trabajo Final de Grado de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Católica de Córdoba.

2- Factores de la enfermedad y tratamiento: Efectos adversos del tratamiento, complejidad del régimen terapéutico, interrupción de la rutina diaria y el estilo de vida, perfil clínico y progresión de la enfermedad, morbilidad.

3-Factores sociales e interpersonales: percepción de apoyo social, relación entre médico tratante y paciente.

4- Factores del sistema de salud: barreras en el sistema de salud, barreras geográficas.

Cabe mencionar que existen además otros factores como lo son el estigma y la discriminación por parte de la sociedad civil y el sistema de salud. ONUSIDA, en 2001 indica que el estigma relacionado a la infección por VIH iba a ser el obstáculo más grande para dar una respuesta a la epidemia. La discriminación surge cuando “el estigma se instala”.

Este estigma y discriminación han hecho que las PPVs no alcancen derechos fundamentales, como el acceso al sistema de salud, tanto al diagnóstico como al tratamiento. La falta de acceso a obras sociales o prepagas, o el aumento hacia “cuotas diferenciales”. La pérdida de oportunidades laborales por exámenes pre ocupacionales, la imposibilidad de estudiar o trabajar en el extranjero.

El tratamiento (TAR) es exitoso cuando la persona que vive con VIH y su equipo de salud trabajan juntos. Ese equipo de salud se encuentra contenido en un Sistema de Salud, y por éste entendemos a la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.

Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. Un sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible; como lo es una persona que vive con VIH/SIDA que obtiene

medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un ambulatorio asequible, da cuenta de ello<sup>23</sup>.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias. El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. Un modelo de organización social tiene como fin dar respuesta a las distintas problemáticas que aquejan a la población en cuanto a su salud. Y para ello articula tres componentes: *el político, el económico y el técnico*, dando lugar a tres modelos:

El *Modelo de Gestión* define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían y establece las actividades que le corresponden al Estado. En cuanto a los valores: cada sistema de salud privilegia determinados aspectos sobre otros; por ejemplo, algunos se preocupan más por la universalidad de la cobertura, mientras otros lo hacen por la efectividad de las acciones y su impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos. En cuanto a las actividades del Estado se pueden mencionar: informar a la población; proveer directamente servicios a la población; comprar servicios al sector privado; financiar servicios de salud; regular la salud (ejercicio de las profesiones, exigencias de los establecimientos, aprobación de medicamentos).

El *Modelo de Financiación* define: ¿Cuánto debe gastar en salud el país? ¿De dónde provienen los recursos? ¿Cómo se asignan los recursos? Los cambios en la economía (en especial en las bases tributarias de los países) llevan a la redefinición permanente de las fuentes de recursos para financiar las acciones de salud. Una serie de variables deben ser consideradas para dar respuestas a estos interrogantes: los niveles de salud de la población; los modelos de sistemas de salud; el tamaño de la economía. La mayoría de los países expandió y consolidó sus sistemas de salud sobre la base de un impuesto al trabajo (obras sociales). En la actualidad la tendencia es reemplazar esta fuente de financiación por otras.

El Modelo de Atención define qué tipo de acciones y servicios se debe prestar a la población. Es decir, a quién cubrir (criterios de elegibilidad o inclusión dentro del sistema);

---

<sup>23</sup> Organización Mundial de la Salud (2015). ¿Qué es un sistema de salud?. Pregunta al experto. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>.

modo de la prestación (con qué criterios o padrones); de dónde prestar (en qué lugares, de qué manera distribuir la oferta, qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar).

La lucha contra las inequidades constituye el mayor desafío de todos los sistemas de salud. Los esfuerzos para disminuir la inequidad en salud se han focalizado en el acceso a los servicios. El papel del Estado resulta primordial en la protección de un derecho como la salud, y no sólo por las características sociales sino también por las particulares fallas a las que se encontraría sometido el sistema en caso de estar librado a las leyes habituales del mercado.

En la Argentina el papel de rectoría en términos de política sanitaria nacional es ejercido por el Ministerio de Salud y Ambiente, que se interrelaciona con los respectivos ministerios provinciales en el marco del COFESA. Todos los países tienen una agencia nacional de salud (ministerio, secretaría, etc.), cuya responsabilidad esencial es la rectoría, la cual puede resumirse como el trazado de los grandes lineamientos de la política sanitaria, en términos de prevención de enfermedades, planeamiento y formación de recursos humanos, condiciones de gestión de los establecimientos de salud, control de enfermedades transmisibles, control de alimentos y productos farmacéuticos.

Algunas de las actividades de regulación y control son ejercidas, además del ministerio, por organismos con distintos grados de descentralización que dependen de él, como la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Acceder a la atención de la salud es indispensable para la conservación de la buena salud y en algunos casos, de la vida misma. El acceso a la vida sanitaria en nuestro país está garantizado para toda la población y está incluido en la Constitución Nacional y en los Pactos Internacionales que ésta incluye a partir de 1994. En cuanto al marco legal<sup>24</sup> en nuestro país, existe vigente el siguiente:

- Ley Nacional de Sida (23.798).
- Ley de Derechos del Paciente (26.529).
- Ley de Obras Sociales (23.661).

---

<sup>24</sup> Fundación HUESPED (2018). Leyes. Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/materiales/leyes/>

- Ley de Prepagas (26.682).
- Obligación de cobertura integral por parte de Obras Sociales y Prepagas (24.455 y 24.754).
- Obligación del ofrecimiento de la prueba del VIH a la mujer embarazada (25.543).
- Resolución 270/2015 Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Con respecto a la Ley Nacional de Sida (23.798) esta establece lo siguiente:

- Accesibilidad: Atención integral de la salud médica, farmacológica y psicológica.
- Respeto a la dignidad humana y no discriminación; “...las disposiciones de la presente ley ... se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda: afectar la dignidad de la persona; producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación...” art. 1.
- Información: Consentimiento informado. Información para decidir el tratamiento.
- Confidencialidad: Codificación, no divulgación del resultado diagnosticado.
- Prevención.

Establece los siguientes principios:

Autonomía de la voluntad: Mediante la incorporación del consentimiento informado (art.6).

La confidencialidad: Mediante el secreto médico (art.2 inc. c) y el registro de datos en forma codificada (art. 2 inc. e): tanto al afectado (art. 8) como a la comunidad. (art. 1).

La Ley nº 24.455 expresa “...todas las obras sociales...deberán incorporar como prestaciones obligatorias: la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y

*farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen síndrome de inmunodeficiencia adquirida y/o las enfermedades intercurrentes...”*

La Ley 24.754 establece en lo referido al VIH/sida que las empresas de medicina prepaga deben cubrir como mínimo en sus planes de cobertura las mismas “prestaciones obligatorias” que las obras sociales.

Ley de derechos del paciente (n°26.529) señala que la asistencia brindada al paciente debe ser digna y respetuosa, resguardando la intimidad y confidencialidad, como así también respetando la autonomía de la voluntad, propiciada por información sanitaria adecuada y posibilitando interconsultas médicas.

Dentro de la categoría pacientes encontramos a aquellos pacientes ambulatorios<sup>25</sup>, los que hacen uso de los servicios de diagnóstico y/o tratamiento en el Hospital Pablo Soria, sin ocupar una cama en dicho establecimiento. Recibiendo de un profesional -médico, educador, laboratorio, nutricionista, etc.- atención específica.

En cuanto al modelo de atención, se encuentra organizado por Regiones<sup>26</sup>, y en cada una de ellas encontramos distintos centros de atención:

Región Ramal I y II: Hosp. S. Miguel de Yuto (Yuto), Hosp. Calilegua (Caimancito), Hosp. Ntra. Sra. Del Valle (Palma Sola), Hosp. Dr. Oscar Orias (Lib. Gral. S. Martín), Hosp. Presbitero E. Zegada (Fraile Pintado), Hosp. La Esperanza (La Esperanza), Hosp. Guillermo C. Paterson (San Pedro), Hosp. La Mendieta (La Mendieta), Hosp. Ntra. Sra. De Pilar (El Talar, Sta. Bárbara).

Región Puna: Hosp. Jorge Uro (La Quiaca), Hosp. Suques (Susques) y Hosp. Ntra. Sra. Del Rosario (Abra Pampa).

Región Valles: Hosp. Dr. Arturo Zábala (Perico), Hosp. Wenceslao Gallardo (Palpalá), Hosp. Ntra. Sra. Del Carmen (El Carmen), Hosp. San Isidro Labrador (Monterrico), Hosp.

---

<sup>25</sup> Estadísticas Hospitalaria (2016). Definiciones y conceptos estadísticos. Ministerio de Salud, Gobierno de Jujuy. Pág. 8.

<sup>26</sup> Ministerio de Salud, Gobierno de Jujuy (2018). Plan Estratégico de Salud. Disponible en: <http://salud.jujuy.gob.ar/wp-content/uploads/sites/14/2018/02>.

Carlos Snopek (Alto Comedero), Hosp. Pablo Soria (S. S. de Jujuy), Hosp. San Roque (S. S. de Jujuy), Centro de Especialidades Norte “Carlos Alvarado” (S.S. de Jujuy), Hosp. Materno Infantil (S. S. de Jujuy), Centro de Rehabilitación Dr. Arroyabe (Coronel Arias), Hosp. Néstor Sequeiros (S. S. de Jujuy). Región Quebrada: Hosp. Salvador Mazza (Tilcara), Hosp. Dr. Miguel A. Miskoff (Maimará) y Hosp. Manuel Belgrano (Humahuaca).

Es de gran importancia reconocer, que una buena adherencia al tratamiento- de manera integral- es el resultado de un sistema de salud, que posibilita a las personas con esta infección elaborar y continuar un proyecto de vida<sup>27</sup>. El mismo implica un plan trazado en el tiempo, un esquema vital que encaja en el orden de prioridades, valores y expectativas de una persona que como dueña de su destino decide cómo quiere vivir. Este proyecto de vida está vinculado de forma directa con la felicidad, porque lo que de verdad desea el corazón humano es conectar con el gozo de una vida plena.

En esencia, este proyecto de vida recoge los planes que de verdad suman bienestar a una persona que es consciente de aquello que quiere y lucha por conseguirlo. Y para ello se plantea metas, no importa si se cumple a tal o cual fecha prevista, más tarde o más temprano de lo esperado o pensado oportunamente, lo fundamental es delinear un proyecto personal porque eso implicará desafío, crecimiento y la mirada puesta hacia adelante, algo que siempre reportará beneficios en el desarrollo personal.

Pero para poder idear un proyecto de vida, previamente existe en el sujeto una percepción de sí mismo, de lo que puede llegar a lograr, de sus capacidades, de sus recursos y limitaciones, del valor de su persona, además puede percibir el valor que le asignan los otros, su familia, sus amigos y los actores del sistema de salud, lo cual afecta sus vivencias, sus experiencias, sus creencias, y aún su valía personal.

La noción de percepción<sup>28</sup> deriva del término latino *perceptio* y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo). Para

---

<sup>27</sup> Massiel, María Teresa (2017). Proyecto de vida en pacientes con VIH/sida que presentan inadecuada adherencia terapéutica. *Cuba Salud* 2018, 2(1):13-22.

<sup>28</sup> Restrepo-Pineda, J. E. (2016). Análisis comparativo de las percepciones sobre el VIH/SIDA de varones homosexuales y bisexuales colombianos, con experiencia migratoria o sin la misma. *Revista de Salud Pública*, 18, 13-25.

la psicología, la percepción consiste en una función que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos. Los especialistas aseguran que la percepción es el primer procedimiento cognoscitivo, que permite al sujeto capturar la información del medio que lo rodea a través de la energía que llega a los sistemas sensoriales. Este procedimiento posee carácter inferencial y constructivo. En este contexto, la representación interior de lo que ocurre afuera surge a modo de hipótesis. Los datos que captan los receptores se analizan de modo paulatino, junto a la información que recoge la memoria y que contribuye al procesamiento y a la creación de dicha representación.

Ahora bien, en cuanto al tratamiento del VIH, se está logrando mejorar la percepción y autopercepción de las personas VIH positivas por medio de la supresión de la carga viral a partir de una buena adherencia al tratamiento.

Las pruebas de los últimos 20 años ya demostraban que el tratamiento del VIH es sumamente efectivo para reducir la transmisión del VIH. Hay evidencias contundentes de que las personas que viven con el VIH con una carga viral indetectable no pueden transmitir el VIH mediante el intercambio sexual<sup>29</sup>.

Entre 2007 y 2016 se llevaron a cabo tres amplios estudios sobre la transmisión sexual del VIH entre miles de parejas en las que uno de los componentes vivía con el VIH y el otro no. En dichos estudios no se produjo ni un solo caso de transmisión sexual del VIH de una persona que viviera con el VIH con supresión vírica a su pareja seronegativa. No obstante, la campaña informativa advierte de que la única forma de saber si se presenta supresión vírica es mediante la realización de una prueba de carga vírica.

Para muchas personas que viven con el VIH, la noticia (de que ya no pueden transmitir el VIH) les ha cambiado la vida. Además de poder elegir entre tener relaciones sexuales con o sin preservativo, muchas personas que viven con el VIH y tiene supresión vírica se sienten liberadas del estigma que conlleva vivir con el virus.

---

<sup>29</sup> ONUSIDA (2018). La salud pública y la supresión de la carga vírica del VIH. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july>.

## ESTADO DEL ARTE

### **“Factores favorecedores de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (Tarv), de los autocuidados y hábitos de alimentación saludables de las personas con Vih/Sida”<sup>30</sup>**

En los años recientes los tratamientos antirretrovirales (TARV) se han diversificado en distintas presentaciones y esquemas, se ha reducido la cantidad de dosis por días, y se han disminuido los efectos colaterales. Cada vez más países establecen el acceso gratuito y universal a los TARV. Sin embargo, no se ha logrado que todas las personas con VIH se sometan a control médico, y muchas de ellas, inician el TARV, no desarrollan adherencia y luego lo abandonan. Se han realizado evaluaciones y estudios para identificar las causas de este fenómeno, que ha resultado complejo, y cada vez más se han identificados factores que han llevado al diseño de medidas necesarias, que poco a poco, comienzan a surtir efecto.

En este artículo se hace una descripción de esos factores que favorecen o entorpecen la adherencia al TARV y su vinculación con los autocuidados y hábitos alimenticios de los pacientes con VIH/SIDA. Mediante contraste, se llegan a conclusiones y se puntualizan los aspectos que efectivamente contribuyan a mejorar la adherencia al TARV, los autocuidados y una buena nutrición y, con ello, lograr finalmente el freno y retroceso de esta pandemia con más de 35 años conviviendo con la humanidad.

El desarrollo y evolución de los TARV ha permitido Prado et al., Factores favorecedores de la adherencia al tratamiento antirretroviral que el VIH/SIDA se haya convertido en una enfermedad crónica, tratable y que las personas seropositivas hayan podido lograr una vida de calidad y prolongada. No obstante, por ser un tratamiento que amerita al menos una dosis diaria, plantea una serie de factores personales, sociales, culturales, administrativos y logísticos que no han sido fáciles de resolver. La primera meta, es por una parte lograr la adherencia al tratamiento antirretroviral, la segunda meta, que la persona desarrolle autocuidados y una buena nutrición con la finalidad que el TARV se asimilado de forma correcta, a la vez que mientras el primero reduce la carga viral, los segundos ayudan al organismo a reestablecer y conservar el sistema inmune.

---

<sup>30</sup> Prado Matamoro, A. M., Mazacón Mora, M. C., Estrada Concha, T. I. (2019). Factores favorecedores de la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV), de los autocuidados y hábitos de alimentación saludables de las personas con VIH/SIDA. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 2(2):150-156.

Paradójicamente siguen muriendo personas a causa del SIDA, incluso en los países que tienen acceso universal y gratuito al TARV. Esto parece un sin sentido, pero muchas veces las creencias culturales y religiosas, así como la estigmatización de la enfermedad, aún prevalecen hoy trascurridos más de 35 años de la aparición y propagación de la pandemia. Por tal motivo, el diagnóstico de VIH/SIDA es asumido por muchas personas, sus familiares y amigos como una sentencia de muerte o un obstáculo insalvable, debido a la falta de información, no porque no se haya realizado, sino porque los prejuicios suben el filtro afectivo y las personas sienten que han sido marcadas por un estigma social.

Esta situación genera que las personas sufran de depresión y ansiedad antes, durante y después del diagnóstico, creando barreras para que las personas acepten y afronten su nueva condición de salud, se sometan a control médico e inicien su TARV, a fin de evitar entrar en fase SIDA, mantener la integridad del sistema inmunológico, frenar la reproducción de virus, y evitar las infecciones oportunistas. Los estudios y evaluaciones presentadas convergen que una adherencia al TARV, la creación y mantenimiento de autocuidados y buenos hábitos alimenticios, puede lograrse en dos sentidos:

1. Una persona adherente o con posibilidad de serlo, tiene una actitud positiva, es proclive a controlar sus emociones negativas y abrirse frente al apoyo o asistencia que el sistema de salud le pueda brindar.
2. Un sistema de salud que trabaje de forma orgánica, planificada, sistemática, adaptativa, flexible, contextualizada e individualizada frente al paciente, es un factor positivo para que la PPY se someta a control médico, desarrolle adherencia y logre hábitos de autocuidados y de buena alimentación.

Por el contrario, una PVV con una actitud negativa, reticente, que actúe desde las emociones negativas como miedo, ansiedad, aislamiento, pasividad, se pronostica como una persona no adherente ni que menos se someta a control médico ni desarrolle autocuidados. En consecuencia, es de vital importancia que el sistema de salud promueva una comunicación fluida, de confianza y directa entre médico-paciente; congregue el concurso de diversos especialistas de la salud como nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros; ofrezca servicios de farmacia con horarios y ubicaciones accesibles; cree redes de apoyo social

con ong's y otras instituciones de base; organice grupos de autoapoyo entre PPY's y familiares; diseñe planes de educación e información; y gestione ayudas para el logro de calidad de vida.

Sin embargo, ninguno de estos esfuerzos sería válido si la persona con VIH/SIDA, sus familiares y allegados no tratan de lograr una actitud positiva, afirmativa y responsable, lejos de prejuicios sociales y religiosos que en nada contribuyen a frenar y erradicar la pandemia. Los estudios continúan y cada vez más son los planes contextualizados en comunidades, grupos sociales, con respeto y consideración de las características socioculturales.

El sexo, la edad, la orientación sexual, la religión, y el nivel educativo no son significativos para la adherencia, los factores favorecedores son en primer lugar y el más importante: la actitud positiva, en menor grado la estabilidad económica y laboral, el apoyo familiar y de allegados, hábitos saludables previos. Por tal motivo, el sistema de salud debe centrarse cada vez más en ayudar al paciente a lograr un actitud positiva y favorable hacia el TARV y hacia el sistema de salud mismo, y para ello, debe revisar permanentemente su organicidad, calidad de servicio e innovación de estrategias informativas y educativas y de apoyo al paciente.

**“Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/Sida”<sup>31</sup>.**

La adherencia al TAR en este estudio no estuvo asociada a alguna de las ocho dimensiones de calidad de vida, se detectaron 46 pacientes con adherencia al TAR entre los 90 con tendencia a comportamiento depresivo. A la depresión se le ha asociado con daño al sistema inmunológico de los pacientes con infección por VIH. En este estudio, el recuento de linfocitos CD4+ de los pacientes con un comportamiento depresivo estuvo por debajo del recuento de linfocitos CD4+ de los pacientes que evitaron tener un comportamiento depresivo.

El conjunto de resultados obtenidos en este estudio, nos indican lo complejo que puede ser esta enfermedad, así como establecer variables que favorezcan la adherencia o la no

---

<sup>31</sup> Itzel Gutiérrez, G. y colaboradores (2019). Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/Sida. *Revista Chilena de Infectología*. 36(3):15-23.

adherencia. Y que su manejo y tratamiento debe ser personalizado. En los pacientes con orientación sexual de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), su salud general, al parecer está más afectada con respecto a los demás pacientes de este grupo estudiado y, si son mayores de 38 años, también está disminuida su vitalidad. Los datos indican que este grupo de pacientes tiene la mayor prevalencia de infección por VIH/Sida en México. En conclusión, la adherencia al TAR en los pacientes con infección por VIH estuvo afectada por la tendencia a un comportamiento depresivo y a la presencia de adicciones; pero no estuvo asociada a las dimensiones de calidad de vida alguna. El 97,2% de los pacientes estuvo en el puntaje de mejor calidad de vida, por debajo del promedio se ubicó a las variables: masculinos, HSH, no casados, con recuento CD4+ >200/mm<sup>3</sup>, >38 años, con CV (carga viral) detectable.

El tratamiento antirretroviral (TAR) es indispensable en pacientes con infección por VIH/Sida; suprimir la carga viral requiere de un estricto apego a éste, por compromiso del paciente. El objetivo de este trabajo fue: Determinar la calidad de vida, variables psicológicas y la adherencia al TAR, en pacientes con infección por VIH/Sida. Material y Método: Se incluyeron 160 pacientes con diagnóstico de infección por VIH/Sida y con TAR. Se recabaron los instrumentos, una encuesta demográfica, y datos clínicos. Se hicieron asociaciones cuantitativas y cualitativas entre las variables. Resultados: La adherencia al TAR estuvo asociada con evitar comportamiento depresivo y con ausencia de adicciones.

El comportamiento depresivo se encontró asociado con las adicciones. Un 87% de pacientes estaba en el rango de mejor calidad de vida. Por debajo del promedio del puntaje de salud general estuvieron masculinos, con orientación sexual HSH, solteros, en la vitalidad a los  $\geq 38$  años. La buena adherencia al TAR estuvo asociada a evitar comportamiento depresivo y a la ausencia de adicciones y no se asoció a la calidad de vida.

**“La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales<sup>32</sup>”**

Esta investigación describió la adherencia a aspectos no-farmacológicos del tratamiento en personas con VIH/Sida de la ciudad de Cali, Colombia y permitió establecer su relación con aspectos socio-demográficos. Lo anterior considerando que algunas recomendaciones sobre la

---

<sup>32</sup> Varela, María; Arévalo, Paula A. y Hoyos Hernández (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev. Salud Pública*. 17(4):39-46.

alimentación, la actividad física, el manejo de estados emocionales, el consumo de alcohol y el uso del preservativo durante las relaciones sexuales, son aspectos necesarios dentro del tratamiento integral para el VIH/Sida.

El objetivo fue describir la adherencia a aspectos no-farmacológicos del tratamiento en personas con VIH/Sida de la ciudad de Cali, Colombia y establecer su relación con aspectos socio-demográficos.

El Material y el Métodos empleado fue un estudio observacional transversal, con una muestra de 277 personas con VIH/Sida de nueve instituciones de salud. Se utilizó el cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH/Sida.

En cuanto al resultado obtenido sólo el 37 % de las personas son adherentes al tratamiento no-farmacológico. El análisis de los factores socio-demográficos relacionados con la adherencia, muestra que tienen menor oportunidad de estar adheridos los menores de 40 años.

Se encontró dificultad en el seguimiento de estas recomendaciones en el 63 % de los participantes. Es preciso resaltar que el éxito del control del VIH/Sida no depende exclusivamente de la toma de los antirretrovirales, se requiere además de la adherencia no-farmacológica, relacionada con cambios en los estilos de vida, que aumentan la eficacia del tratamiento y disminuyen la posibilidad de resistencia a los medicamentos, la reinfección y la transmisión del virus, a la vez que mejoran la salud y la calidad de vida del paciente.

Se destacan como preocupante el sedentarismo de los pacientes evaluados, considerando que el 67 % pocas veces o nunca hacen actividad física distinta a la que le exigen sus actividades diarias. La actividad física regular es recomendada para las personas con VIH/Sida, considerando que podría disminuir el riesgo cardiovascular asociado a algunos antirretrovirales, además de fortalecer el sistema inmunológico, mejorando la condición física y la sensación de bienestar en general.

Al igual que con la actividad física, los hábitos alimentarios no saludables en estos pacientes son coherentes con las prevalencias nacionales en población general reportadas en algunos informes, así como en estudios en poblaciones de jóvenes y adultos, con y sin enfermedades.

Respecto a los estados emocionales, se encontró que las personas realizan actividades encaminadas a manejarlos en pro de sentirse mejor. Este aspecto es importante, sobre todo por la relación directa que existe con el funcionamiento del sistema inmunológico.

Por otra parte, los resultados sobre consumo de alcohol, muestran que la mitad de pacientes cumplen con estas recomendaciones. Este dato es importante, considerando que el consumo de alcohol ha sido señalado como un factor que afecta negativamente la adherencia y que está asociado con prácticas sexuales de riesgo. Adicionalmente, las interacciones entre los antirretrovirales y el alcohol pueden disminuir los efectos terapéuticos esperados.

La conclusión a la que se arribó fue que la adherencia al tratamiento no-farmacológica es baja y parece ser un problema generalizado en la población con VIH/Sida, si bien es más grave en menores de 40 años. Los resultados muestran que es necesario realizar intervenciones que mejoren la adherencia no-farmacológica para contribuir al control de la infección, y que éstas deben implementarse en todas las personas diagnosticadas, con especial énfasis en la población joven.

### **“Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida”<sup>33</sup>**

El objetivo fue caracterizar la adherencia terapéutica y el apoyo social de los pacientes que viven con VIH/sida en un área de salud. El método empleado fue estudio de tipo transversal con uso de metodología cuantitativa realizado en el área de salud del Policlínico 4 de abril en Guantánamo entre julio de 2012 y octubre de 2013.

Se utilizaron como técnicas de recogida de información una entrevista semiestructurada, el cuestionario “MGB” para la evaluación de la adherencia terapéutica y el cuestionario de apoyo social “CAS-10”.

Como resultado prevaleció el nivel parcial de adherencia y, desde el punto de vista estructural el componente más afectado fue la relación transaccional entre pacientes y equipo de

---

<sup>33</sup> Frómeta, L. V., Libertad, M. A. y Pérez N. I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 41(4):620-630.

salud. La relación médico-paciente no propicia el establecimiento de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento del tratamiento. El estudio arrojó que las personas que viven con VIH incluidas en el estudio presentaron una elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social.

Los resultados evidencian serias dificultades en la adherencia al tratamiento, pues los pacientes no cumplen con todas las recomendaciones dadas por el personal de salud y no tienen en cuenta que es necesaria una adherencia casi perfecta para lograr una supresión duradera de la carga viral. De modo que tal comportamiento pudiera comprometer el restablecimiento del estado inmunológico de estos. La frecuencia de adherencia total encontrada en esta investigación es inferior a lo planteado en el informe técnico de la OMS, donde se registra que aproximadamente solo un tercio de quienes sufren la infección por el VIH-sida toma su medicación como les fuera prescrita.

Se ha evaluado la adherencia partiendo de una concepción multidimensional que incluye, además del cumplimiento del tratamiento farmacológico, otras aristas como la modificación del estilo de vida, la participación activa del paciente y la alianza terapéutica de este con el personal de salud. Se evidencia que la relación médico-paciente que se establece no es expresión de la necesaria alianza terapéutica que debe existir, donde de forma conjunta y convenida se establezca una estrategia para el cumplimiento del tratamiento y se potencie la participación activa del paciente.

Se concluyó que la adherencia al tratamiento en la población estudiada se manifestó de modo parcial. El apoyo social es insuficiente y la ayuda recibida no satisface. La familia es la principal fuente de atención para estos pacientes y el apoyo emocional y la compañía de otros les son necesarios. Prevalece la inseguridad en relación con la posibilidad de poder contar con algún apoyo si lo necesitaran en un futuro.

**“Adherencia al tratamiento con antirretrovirales en la red argentina de jóvenes y adolescentes positivos.”<sup>34</sup>**

---

<sup>34</sup> Roldán, Martín y Soberbio, Florencia (2016). Adherencia al tratamiento con antirretrovirales en la red argentina de jóvenes y adolescentes positivos. Trabajo Final de Grado de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Católica de Córdoba.

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo prospectivo, de corte transversal donde se realizó una encuesta en Córdoba, año 2015, de forma voluntaria a 115 personas miembros de la red argentina de jóvenes y adolescentes positivos (RAJAP), entre los cuales 89 hombres, 21 mujeres y 5 transexuales de edades comprendidas entre 18 a 30 años.

Dicha encuesta, está basada del estudio de Varela donde se propone 3 dimensiones: la dimensión práctica, significados y condición de vida. Permitió identificar causas o factores que afectan la adherencia al tratamiento, conocer los tratamientos, vías de transmisión, inserción social y socioeconómica y sobre la utilización de psicofármacos.

Tiene una gran importancia y urgencia conocer los factores que afectan la adherencia al tratamiento prescripto ya que Argentina cuenta con un sistema de salud que garantiza el acceso al mismo a través de la ley (Ley Nacional de Sida N° 23978).

Del análisis de población global se obtiene una alta adherencia al tratamiento, sin embargo, al establecer la diferenciación por género se observa que las personas transexuales tienen adherencia baja respecto a los hombres y mujeres. En todos los casos la vía de transmisión más frecuente fue debido a relaciones sexuales no seguras.

Con respecto al nivel socioeconómico de la persona el 80% de las transexuales, el 90% de los hombres y el 90% de las mujeres consideran que dicho nivel de la persona que vive con VIH/sida influye en la adherencia al tratamiento.

En cuanto al Tratamiento, a partir del análisis general de los datos obtenidos, se puede establecer que el 98% de los jóvenes encuestados toman regímenes simplificados de drogas en una sola toma, observándose una correlación directa entre la adherencia y la simplificación del régimen. Esta situación también se ve reflejada en el resultado de las encuestas realizadas, que reflejan que el 80% de los encuestados tiene una alta adherencia.

La realización del tratamiento no interfiere en la rutina diaria del 96% de total de la muestra, aunque de acuerdo a su nivel socio económico, edad y sexo, esto ocurre con diferentes niveles de intensidad. El análisis indica que el 98% de los encuestados acepta y comprende su diagnóstico de VIH/SIDA siendo el cuidado de salud, la principal preocupación del 62 % del total de la muestra.

Por otra parte, se puede establecer una relación de causalidad entre la adherencia y el nivel socioeconómico. Tomando como indicador la autopercepción de los encuestados, se observa que a mayor nivel socioeconómico se da un mayor nivel de adherencia, coincidentemente con lo expuesto por diversos autores, quienes afirman que las personas con más recursos económicos tienen más probabilidades de adherir al tratamiento.

La tendencia general encontrada es que la adherencia terapéutica de los jóvenes participantes de la RAJAP es alta, lo que demuestra una positividad en los grupos de pares que favorecen el intercambio de información/formación, 39 experiencias, contención y motivación para realizar tareas que comprenden la integración de habilidades nuevas o su perfeccionamiento, así como la concientización y prevención, siendo recomendable propiciar espacios similares a fin de aumentar la adherencia en el resto de la población que no se encuentra nucleada en esta organización, quedando como tarea pendiente diseñar políticas específicas para la baja adherencia de la comunidad transexual.

**“Uso del preservativo y su importancia en la prevención del VIH/SIDA en mujeres. Servicio de Infectología y Enfermedades Tropicales Hospital San Roque – Año 2006”<sup>35</sup>**

Los resultados de la presente investigación permiten resaltar que las mujeres están siendo cada vez más afectadas por la epidemia causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la prevalencia de la infección por el VIH confirma que cada año es mayor el número de mujeres que se infectan, enferman y mueren de Sida, además del efecto devastador sobre la persona que vive con VIH y sus familias, se convertido en una crisis para el desarrollo con profundas repercusiones en la tasa de mortalidad, en la esperanza de vida y en el crecimiento económico.

La principal causa es la transmisión heterosexual y por su única pareja, la misma es de población joven con tendencia a la feminización y a la hetero sexualización con concentración urbana.

Con el incremento de la transmisión por vía heterosexual surge la necesidad de investigar la vulnerabilidad de la mujer frente a VIH detectándose que en un porcentaje muy importante

---

<sup>35</sup> González, Leonardo Fabio (2007). Op. Cit.

eran mujeres casadas o con pareja estable (concubinas), monógamas y que no referían más de uno o dos compañeros sexuales en toda su vida.

Esta tendencia quedó evidenciada en esta investigación realizada en el segundo semestre del 2005 en la cual se entrevistaron 101 mujeres entre 15 y 40 años en donde se realizaron 94 entrevistas y 7 Historias de vida que se seleccionaron al azar correspondiendo las mismas a la muestra, observándose que la mayoría de ellas refirió tener pareja estable, entendiéndose en concubinato y casadas en un total de 65 mujeres en esa situación, en contraposición de las solteras en un total de 36 todas ellas con VIH positivo sin pareja estable.

La desigualdad social de la mujer es observable en un amplio rango de manifestaciones como las dificultades para negociar el uso de preservativos en las relaciones sexuales, la dependencia económica, la iniciación precoz, la vulnerabilidad biológica y la desigualdad de género.

Estos factores son una realidad y se expresan en la falta de autonomía o empoderamiento de la mujer para protegerse contra las infecciones de transmisión sexual ITS, VIH/SIDA y el embarazo no deseado.

Surge también de esta investigación que las mujeres al momento de infectarse no contaban con información ni formación sobre el tema del VIH. Hoy conocen la información con respecto a la forma de transmisión y de prevención del VIH/Sida, pero no tienen la formación, sobre la importancia del empoderamiento en donde ellas cumplen un rol más protagónico para negociar con sus parejas el uso de preservativo femenino.

Es por ello que el empoderamiento debe ir acompañado de la “autoestima” que es una herramienta fundamental para la aplicación del empoderamiento de la mujer, podemos decir que es difícil aun hoy para las mujeres no asumir los mandatos de género que las conducen a actitudes de sumisión y entrega afectiva que la llevan a la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, las pautas socioculturales que establecen el comportamiento esperado para hombres y mujeres que son lo que determina su vulnerabilidad biológica, epidemiológicos, social, sexual y económica.

Si bien el VIH/SIDA afecta a las mujeres y hombres, una gran proporción de ellas pertenece a varias de estas categorías esto constituye uno de los principales inconvenientes al

momento de abordar la prevención del VIH/SIDA. Por ello el empoderamiento como proceso por el que las mujeres, las organizaciones o los grupos carentes de poder, tomen conciencia de la dinámica del poder en su contexto vital, desarrollen las habilidades y la capacidad necesaria para lograr un control razonable sobre sus vidas y ejercitar ese control sin infringir en los derechos de otros y apoyar el empoderamiento de otros/as en la comunidad.

Al respecto se debería fundamentalmente priorizar el aspecto preventivo y no tanto el curativo del proceso salud enfermedad de manera tal de que aquellos que no se infectaron con el VIH, inicien su actividad sexual lo más tarde posible y aquellos que son sexualmente activos se protejan usando métodos de barreras como es el preservativo femenino.

Para que sea eficaz este proceso de empoderamiento de las mujeres debe desarrollarse no solo a nivel individual sino a nivel colectivo teniendo en cuenta cuatro niveles:

- Cognitivo centrado en la construcción de la realidad y de las causas de la dominación/sumisión.
- En la persona relacionado a los sentimientos de autoestima y de confianza en sí misma necesarios para tomar decisiones.
- En lo económico relativo a la importancia de tener actividades que permitan generar un ingreso y asegurar cierto nivel de independencia económica.
- Político implicando esto la capacidad para analizar y movilizar su medio social con el fin de producir cambios en él.

Esta Conceptualización deja claro que la acción de empoderamiento no se emprende para tener un poder sobre los hombres, sino como único medio para desarrollar las capacidades necesarias de las mujeres, para lograr la disminución de infectados y enfermos de VIH/SIDA de la nuestra sociedad.

## METODOLOGIA

El presente trabajo se encuadra metodológicamente dentro de los denominados convergentes o triangulados en tanto integra metodologías de tipo cuantitativa y cualitativa<sup>36</sup>, es decir realiza una combinación entre lo cuantitativo y cualitativo<sup>37</sup>.

Se optó por la triangulación como una estrategia para lograr mayor validez metodológica y teórica en la investigación. Por triangulación se entiende la combinación de métodos, es decir el uso de por lo menos dos métodos o técnicas diferentes para recolectar información sobre un mismo problema.

En la primera fase se cumplió con los objetivos propios de la investigación exploratoria a efectos de profundizar el análisis teórico empírico preliminar y la construcción permanente del objeto de la investigación. En esta etapa se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica referida al tema y se recabaron datos estadísticos de interés, emergentes del hospital.

A partir de los resultados parciales obtenidos en esta fase, se procedió a desarrollar la segunda fase, de trabajo de campo propiamente dicho, de carácter descriptivo, cuantitativo y cualitativo. Es en esta fase se procedió al empleo de métodos cualitativos (entrevistas en profundidad) y cuantitativos<sup>38</sup> (aplicación de una encuesta cerrada) en forma simultánea y sus resultados se triangularon<sup>39</sup>, buscando la comprensión e interpretación integral del problema objeto de la investigación<sup>40</sup>.

Se seleccionó un tipo de diseño *descriptivo exploratorio* con un corte temporal *transversal*, en tanto se adecua y responde a la investigación de la problemática detectada.

---

<sup>36</sup> Triviños, A. (1998). Introducao á pesquisa em ciencias sociais. Sao Paulo, Brazil. Editorial Atlas.

<sup>37</sup> Hernández Sampieri, R. y colaboradores (2014). Metodología de la investigación. D.F. México. Editorial. Mcgraw-Hill / Interamericana Editores.

<sup>38</sup> Cernuda, JC (1999). Estrategias de investigación exploratoria con información de encuestas. En: Nuevas Propuestas. Revista nº26. Universidad Católica de Santiago del Estero.

<sup>39</sup> Sirvent, M.T. (1995). El Proceso de Investigación, las dimensiones de la Metodología y la Construcción del dato científico. Ficha de Cátedra Investigación I y Estadística II. Universidad Nacional del Litoral.

<sup>40</sup> Sierra Bravo, R. (1998). Técnicas de investigación social. Madrid, España. Editorial Paraninfo.  
Chalmers, A (1982). ¿Qué es esa cosa llamada Ciencia?. Editorial Siglo XXI. Madrid, España.

Los estudios *descriptivos*<sup>41</sup> son la base y punto inicial de los otros tipos y son aquellos que están dirigidos a determinar "cómo es" o "cómo está" la situación de las variables que se estudian en una población. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia), y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno.

Estos estudios pueden ser transversales o longitudinales, así como también retrospectivos o prospectivos, o ambos. Asimismo, brindan la base cognoscitiva para otros estudios descriptivos y analíticos, generando posibles hipótesis para su futura comprobación o rechazo. Es menester señalar que en relación con los estudios descriptivos se menciona otro denominado *exploratorio*, dado que su propósito es familiarizar al investigador con determinada situación del área problema a investigar, en aquellos casos en que no existe suficiente conocimiento para la elaboración del marco teórico; con frecuencia se les ha considerado como descriptivos.

A continuación, se presenta un resumen acerca de los estudios descriptivos.

- ¿Qué investiga? Características de la población. Magnitud de problemas: prevalencia, incidencia, proporción. Factores asociados al problema. Condiciones de salud y vida de la población. Eventos epidemiológicos, sociológicos, educacionales, administrativos, opinión de las personas sobre diferentes temas.
  
- ¿Cuáles son sus características? Es un primer nivel de investigación. Presenta los hechos o fenómenos, pero no los explica. El diseño no va enfocado a comprobación de hipótesis, aun cuando se basan en hipótesis generales implícitas. Según las variables a estudiar, los estudios pueden ser transversales, longitudinales, prospectivos y retrospectivos.
  
- ¿Qué resultados pueden obtenerse? Caracteriza el problema. Provee bases para otros estudios descriptivos. Sugiere asociación de variables como punto de partida para estudios analíticos. Da bases para plantear hipótesis que conduzcan a otras investigaciones.

---

<sup>41</sup> Souza Minayo, M.C. (1997). El desafío del conocimiento: la investigación cualitativa en salud. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina.

- ¿Cuáles son sus limitantes? Solo busca describir fenómenos o situaciones y plantear posible relación entre variables. No tiene alcance para comprobar relaciones explicativas entre las variables. No permite hacer predicciones.

Con respecto a la elección del tipo de estudio se optó por el diseño exploratorio, con el fin de profundizar, sobre este aspecto específico de la realidad. Buscando antecedentes que brinden un mayor conocimiento para continuar con la investigación descriptiva, con la intención de conocer cuáles son los factores que facilitan u obstaculiza la adherencia al tratamiento de los pacientes ambulatorios del Hospital Pablo Soria.

Con respecto a la distribución porcentual de los casos notificados por departamentos en la provincia de Jujuy durante el año 2020 fue la siguiente: Dr. M. Belgrano 47% (con 63 casos), Ledesma 16% (con 20 casos), San Pedro 15% (con 19 casos), El Carmen 12% (con 16 casos), Palpalá 6% (con 7 casos), Tilcara 2% al igual que Yavi (con 3 casos c/u).

La media en edad de diagnóstico durante el año 2020 fue: a los 32 años de edad en varones y a los 33 años de edad en mujeres. Con respecto al estado de diagnóstico (por estadio clínico 55% y por Cd4 45%) un 25,1% correspondieron a diagnósticos tardíos. De ellos el 18,7% es masculino y un 6,4% es femenino.

Se continúa con la descentralización de la atención de pacientes con VIH, realizando atención y dispensa de medicamentos en el Htal. Zabala, Htal. Monterrico, Htal El Carmen, Htal. Gallardo, Centro de Especialidades Norte, Htal. Salvador Mazza, Htal. Jorge Uro, y algunos Centros de Salud, además de los Hospitales habituales: Hta. Materno Infantil, Htal. Pablo Soria, Htal. San Roque, Centro de Especialidades Sur, Htal. G. Paterson y Hosp. O. Orias.

En cuanto al retiro de medicamentos por parte de pacientes activos, registrado en el mes de octubre del año 2020, suman un total de mil cuarenta y un pacientes (1.041) en toda la provincia de Jujuy, los cuales están distribuidos entre todos los Hospitales y Centros de Especialidades.

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Pablo Soria el cual pertenece al Departamento Dr. Manuel Belgrano. El mismo está abocado en los pacientes ambulatorios

activos que viven con VIH/SIDA y que concurren para ser atendidos y retirar la medicación en este lugar. De acuerdo a datos recabados en el Programa Provincial de VIH/sida<sup>42</sup>, la población de pacientes bajo tratamiento activo en el lugar asciende a ochenta y cinco personas (85).

Como *universo* de estudio se consideró a todos los pacientes ambulatorios que viven con VIH-SIDA del Departamento Dr. Manuel Belgrano, Provincia de Jujuy, concurrentes al Hospital P. Soria (n = 85). Como muestra se tomará el 36% del universo lo cual representa a treinta y un (31) pacientes, sobre el cual se aplicará la Encuesta Social a la totalidad, es decir a los treinta y un pacientes, y solo a quince (15) de ellos la entrevista.

La técnica de recolección de datos cuantitativa fue la Encuesta Social en modalidad de cuestionario, la cual se aplicó a los treinta y un (31) pacientes. Para la parte cualitativa se recurrió a una entrevista, y se llevó a cabo quince (15) entrevistas a los pacientes que forman parte de la muestra (31 pacientes).

La entrevista<sup>43</sup>, es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. Se estima que este método será eficaz ya que permitirá obtener una información más completa. A través de ella se pudo explicar el propósito del estudio y especificar claramente la información que necesita; si hay una interpretación errónea de la pregunta permitirá aclararla, asegurando una mejor respuesta. En los casos en que haya duda de la validez o confiabilidad de la información, se tendrá la oportunidad de comprobar ahí mismo la calidad de la respuesta. Es también posible buscar la misma información por distintos caminos en diversos estadios (momentos) de la entrevista, lográndose así una comprobación de la veracidad de las respuestas.

Como Técnica de recolección de datos se eligió a la entrevista por las siguientes ventajas: es aplicable a toda persona, siendo muy útil con los analfabetos, o con aquellos que tienen alguna limitación física u orgánica que les dificulte proporcionar una respuesta escrita. Se presta para profundizar en el tema, según la respuesta original del consultado, ya que permite explorar o indagar en la medida en que se estime pertinente. Otra ventaja es que permite captar mejor el

---

<sup>42</sup> Programa Provincial Lucha VIH (2020); Síntesis sobre los datos epidemiológicos sobre VIH/Sida, provincia de Jujuy, ubicado en calle Alberdi n°219 de San Salvador de Jujuy. Bajo la jefatura del Dr. Raúl O. Román.

<sup>43</sup> Hernández Sampieri, R. et al. (2014). Op. Cit.

fenómeno estudiado pues hay la posibilidad de observar los gestos, los movimientos, las reacciones, los tonos de voz, las pausas, etc.

El Cuestionario<sup>44</sup> es un método que utiliza un instrumento o formulario impreso. El cuestionario puede aplicarse a grupos o individuos estando presente el investigador o el responsable de recolectar la información, o puede enviarse por correo a los destinatarios seleccionados en la muestra.

Algunas ventajas que llevaron a la elección del cuestionario son:

Su costo relativamente bajo. Su capacidad para proporcionar información sobre un mayor número de personas en un periodo bastante breve. La facilidad para obtener, cuantificar, analizar e interpretar los datos. Menores requerimientos en cuanto a personal, pues no es necesario adiestrar encuestadores o entrevistadores. Eliminación de los sesgos que introduce el encuestador.

Cada participante completó un formulario de consentimiento informado por escrito, habiendo recibido información clara y precisa, lo cual dará cuenta del carácter libre y voluntario de la participación.

Para su análisis, los registros cuantitativos fueron graboverificados en una planilla de Excel. Posteriormente fueron analizados con un programa SPSS (versión 21.0 IBM). A partir de allí, se realizaron cálculos de estadísticas descriptivas (promedios, porcentajes, valores mínimos y máximos, media y moda) e inferencial (anova, chi cuadrado y correlaciones).

---

<sup>44</sup> Hernández Sampieri, R. et al. (2014). Op. Cit.

## RESULTADOS

### Resultados cuantitativos

*Objetivo 1: Describir las dificultades que encuentran para mantener en el tiempo el tratamiento*

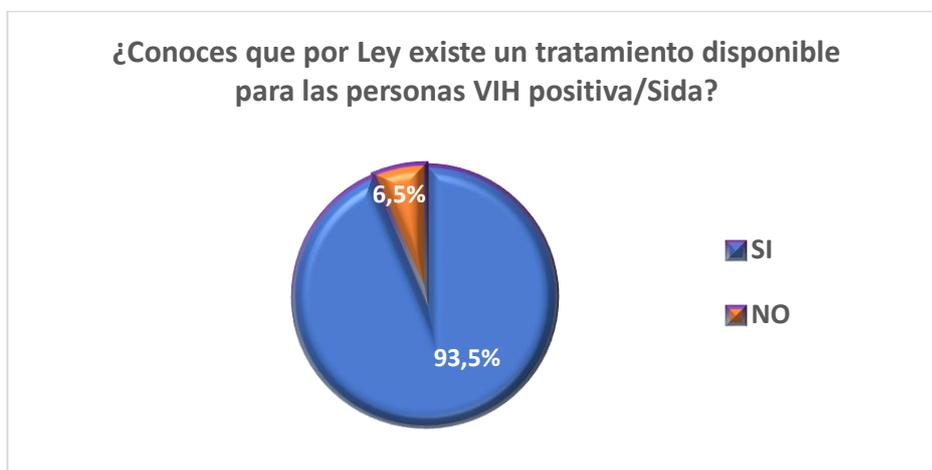


Gráfico 1: Conocimiento de la Ley 23.798 Ley Nacional de Sida

En cuanto a los aspectos que pueden dificultar la adherencia al tratamiento de personas que viven con Vih, una cuestion sobre la que se indagó fue lo presentado en el Gráfico 1 sobre el conocimiento que tiene la comunidad de la existencia de un tratamiento garantizado, estipulado en la Ley Nacional de Sida n°23.798.

En cuanto a ello, los pacientes ambulatorios que accedieron a participar de la investigación manifestaron en un 93% conocer de la existencia de una Ley que les garantiza el acceso a un tratamiento y la provisión gratuita de los medicamentos y solo el 6,45% maifesta desconocerlo.

Sobre la concurrencia al nosocomio (gráfico 2) en el cuál se llevo a cabo la investigación, Hospital Pablo Soria, el 90,3% de los pacientes afirmo que asiste regularmente y solo el 9,7% indico no asiste de forma regular.

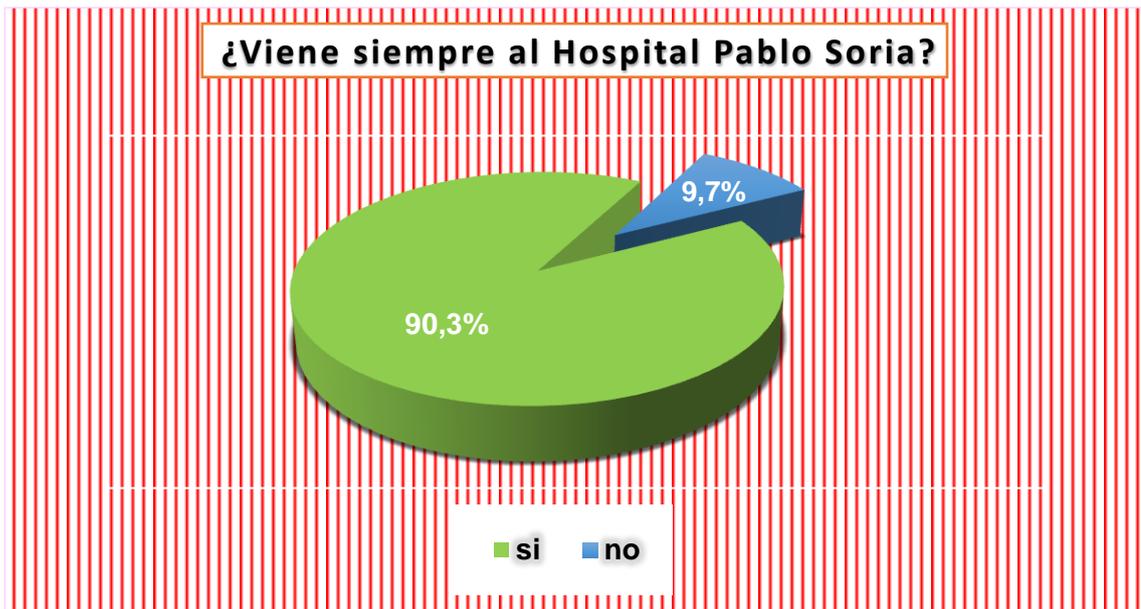


Gráfico 2: Concurrencia al Nosocomio

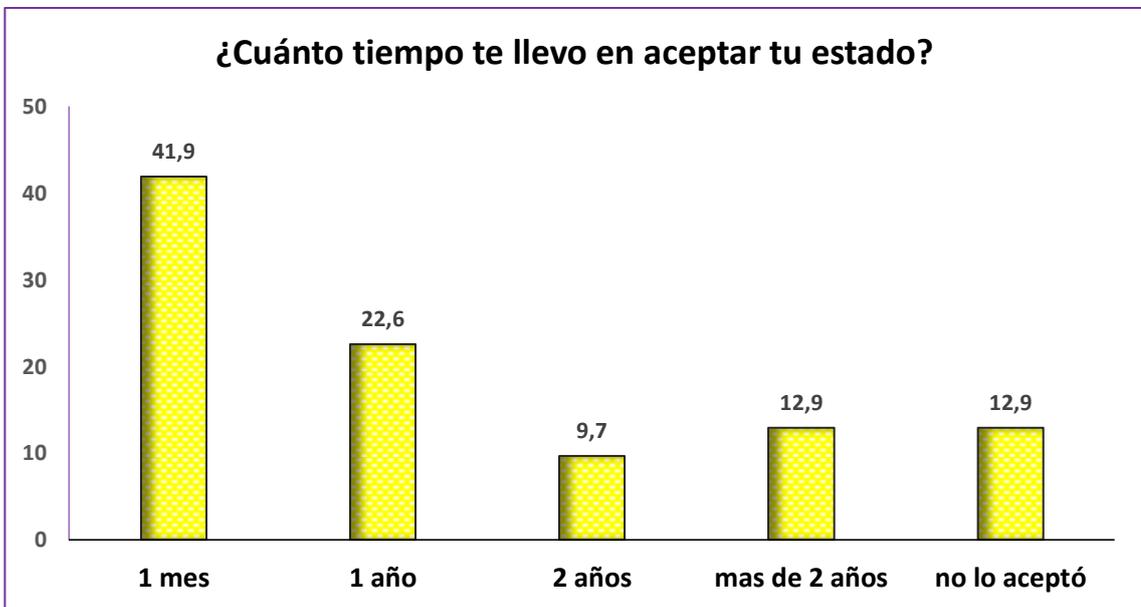


Gráfico 3: Tiempo de asimilacion de la enfermedad

Otra aspecto tenido en cuenta fue la aceptación por parte de los pacientes, de estar conviviendo con el virus y sobre el estadio en el que se encuentran al respecto. Según se expone el Gráfico 3, cuando se consulto sobre cuanto tiempo les había tomado el poder aceptar la noticia, las personas manifestaron lo siguiente: el 41,9% declararo que les llevó un mes, en aceptar la notica de vivir con VIH/Sida, un 22% señaló les llevó un año, un 12,9% de los pacientes indicó que no lo aceptan aún, otro 12,9% indicó les llevó más de dos años asimilarlo, mientras que un 9,7% manifestó que les tomó dos años hacerlo.

A raíz del descubrimiento en cuanto a la aceptación del estado, en el Gráfico 4 se consulto si en algun momento transitaron por un estado de depresión como factor que dificulte la adherencia. Ante esta pregunta, el 80,65% declaró pasar por depresión, a raíz de la noticia. Y el 19,35% manifesto que no trascurrio por un estado depresivo frente a esta la situacion.



Gráfico 4: Porcentaje de personas que vivenciaron depresión.

**OBJETIVO 2: Determinar los factores que inciden para que se abandone la adherencia al tratamiento.**

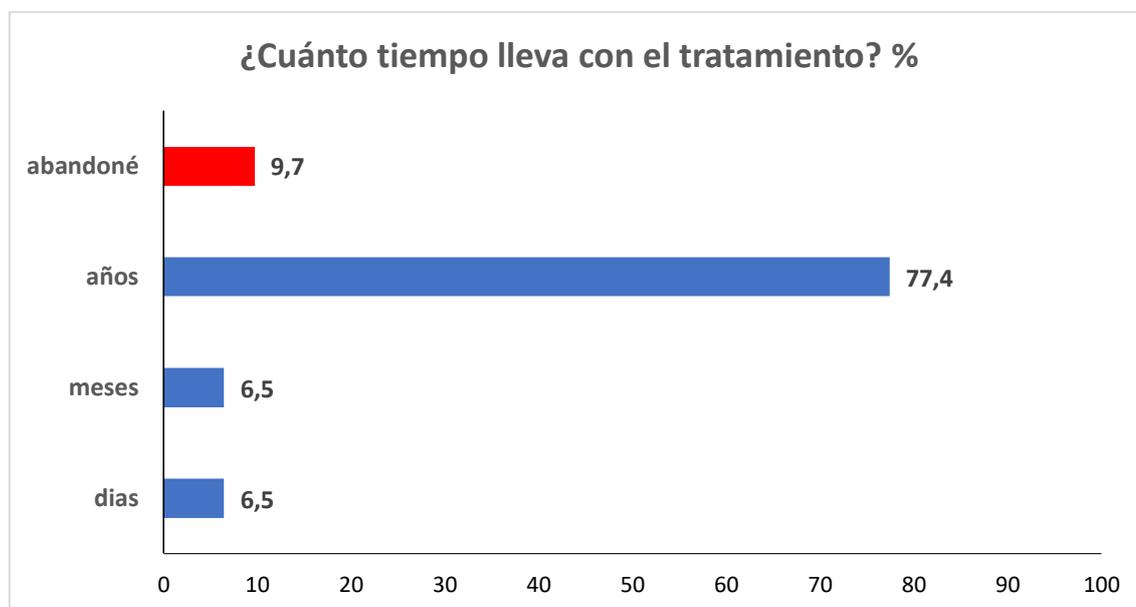


Gráfico 5: Tiempo de permanencia bajo tratamiento

En cuanto a la adherencia, se interrogó para conocer si se encontraban bajo tratamiento, ante lo cual, los encuestados en su totalidad declararon estar bajo tratamiento, pero en varios casos esta adherencia implicó alternancia de períodos de abandono y reinicio del tratamiento.

Respecto a esto, el Gráfico 5 expone sobre la cantidad de tiempo que llevan bajo tratamiento los pacientes, en el mismo se puede observar que un 77,4% señaló llevar años bajo tratamiento, el 9,7% manifestó el haberlo abandonado en algún momento, mientras que un 6,5% declaró que solo llevaban meses con el, en tanto otro 6,5% indicó que aún no a llegado a completar el primer mes.

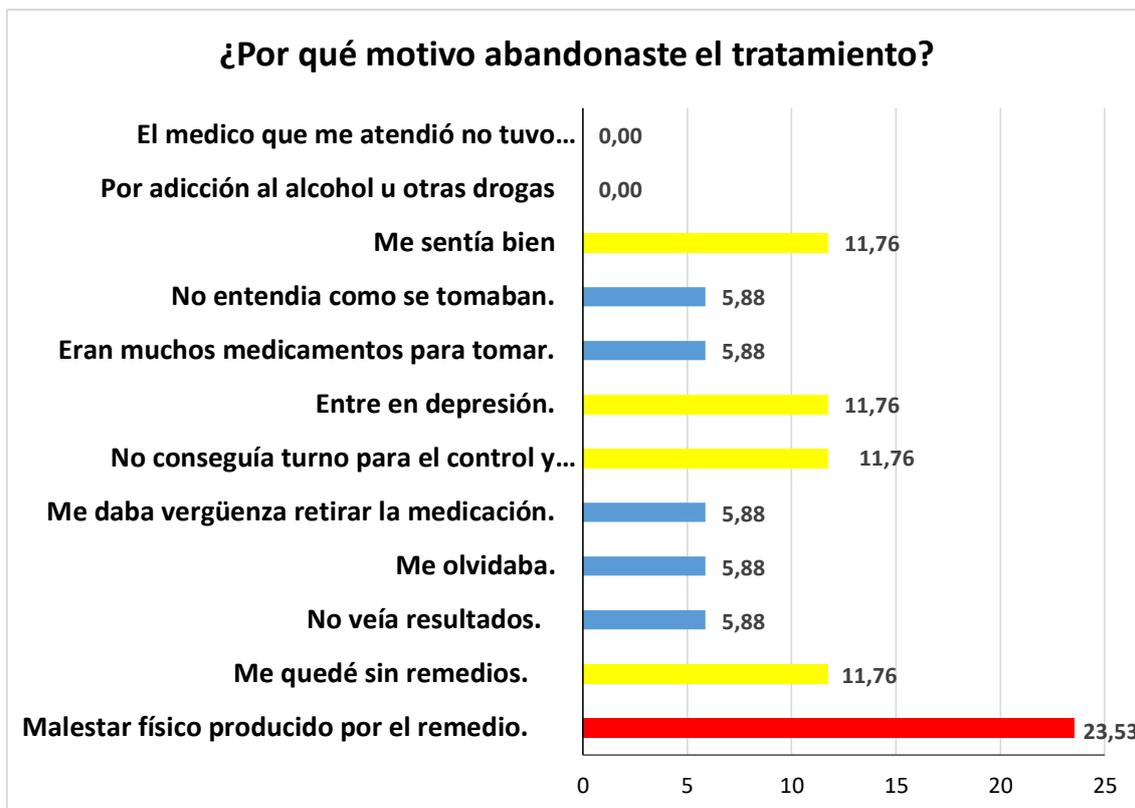


Gráfico 6: Motivo del abandono al tratamiento

Profundizando en los factores que inciden en el abandono, a partir de la pregunta anterior, se indagó en cuales fueron aquellos motivos o situaciones que llevaron a las personas a dejar el tratamiento, y las declaraciones fueron las expuestas en el Gráfico 6.

Las elecciones más sobresalientes para explicar el abandono fueron, en un 23,53% que los remedios les producían malestar físico. Luego en un 11,76% las respuestas indicaban que al sentirse bien, no creían necesitar la medicación, por lo cual la dejaban de tomar.

En cambio otro 11,76% declaró que abandonó a raíz de entrar en depresión. Un 11,76% de los pacientes concurrentes al Hospital Pablo Soria, señaló el haber discontinuado el tratamiento, por no conseguir turno para su atención con los médicos infectólogos, a fin de ser controlados y recibir la receta para retirar la medicación a tomar. Una respuesta similar a la anterior, en un 11,76%, fue de abandonar el tratamiento por haberse quedado sin medicamentos, pero la misma no incluía que se haya llevado alguna acción por parte del paciente, destinada a conseguir la provisión de los medicamentos, para continuar cumpliendo con la toma diaria que se requiere.

Un 5,88% indicó que no entendía como debía tomar los remedios, por lo cual abandono. Para otros pacientes, el 5,88%, el motivo fue la cantidad de remedios que les habían suministrado, lo cual les parecía demasiado.

Con el mismo porcentaje 5,88% pero con distinto motivo, declararon que dejaron el tratamiento, ya que al retirar la medicación en el hospital sentían vergüenza, porque creían que las personas con las que trataban en el nosocomio, fueran del área farmacia, vacunatorio, enfermería o estadística, conocían sobre su convivencia con VIH/Sida. Otros en cambio un 5,88%, exponían que simplemente se olvidaban de tomar diariamente la medicación.

En cuanto a resultados esperados al adherir al tratamiento, estuvo presente como motivo de abandono, en un 5,88%, ya que expresaron que dejaron el tratamiento por no ver sus expectativas cumplirse.



Gráfico 7: Comunicación del estado

Siguiendo en conocer que factores inciden en la adherencia al tratamiento, uno de los aspectos sobre el cual se indagó fue, si las personas decidieron y pudieron compartir con alguien su situación. En cuanto a este aspecto, el Gráfico 7 señala que un 64,5% fue el que compartió con alguien su estado en algún momento, mientras que el 35,5% lo mantiene oculto.

Los motivos con respecto a porque decidieron ocultarlo lo señala el Gráfico 8, en el que se expone como motivo lo siguiente; un 37,5% no compartió la noticia por no querer vivir el rechazo, un 25% expresó tener miedo, otro 20,8% indicó que escuchó como discriminan a las personas con Vih/Sida, lo cual fue motivo para decidir ocultarlo, un 12,5% el evitar ser una carga a otros, y un 4,2% expresó que no compartió, porque no le compete a nadie más que a si mismo.

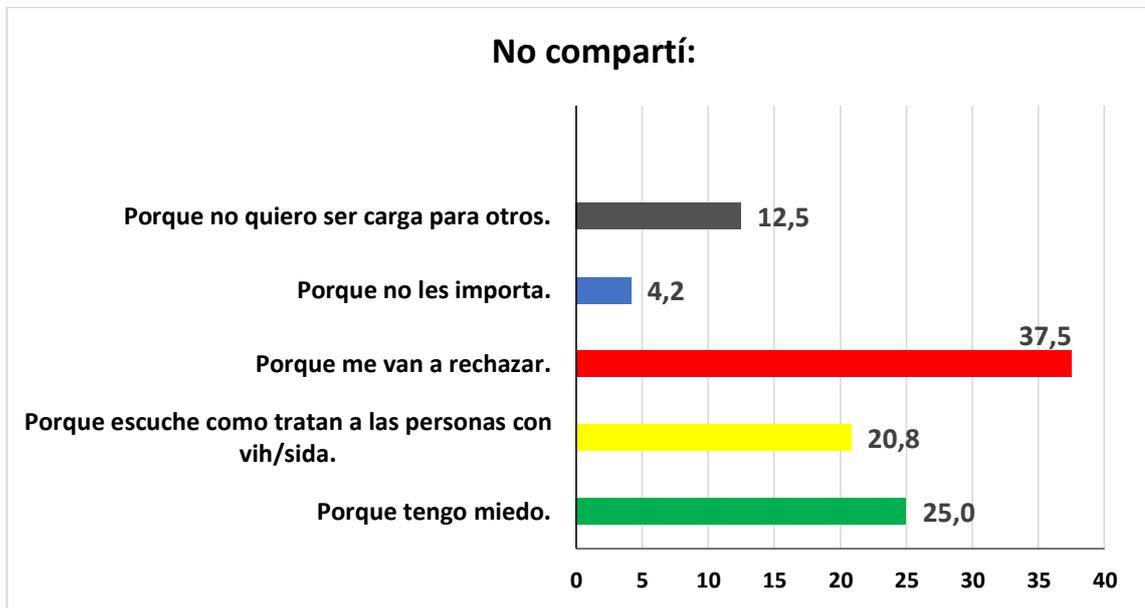


Gráfico 8: Motivos por los cuales se ocultó el convivir con Vih



Gráfico 9: Sobre la discriminación

Otro aspecto en el que se indagó fue si se sentían discriminados por su condición, como factor que interfiera en la adherencia. En el Gráfico 9 se considera la frecuencia de la misma,

exponiendo que el 58% de los pacientes manifestaron el sentirse discriminado en algunas ocasiones, un 36% de las personas negó el haber sido discriminado en algún momento, y un 6% expuso el sentirse discriminado siempre.

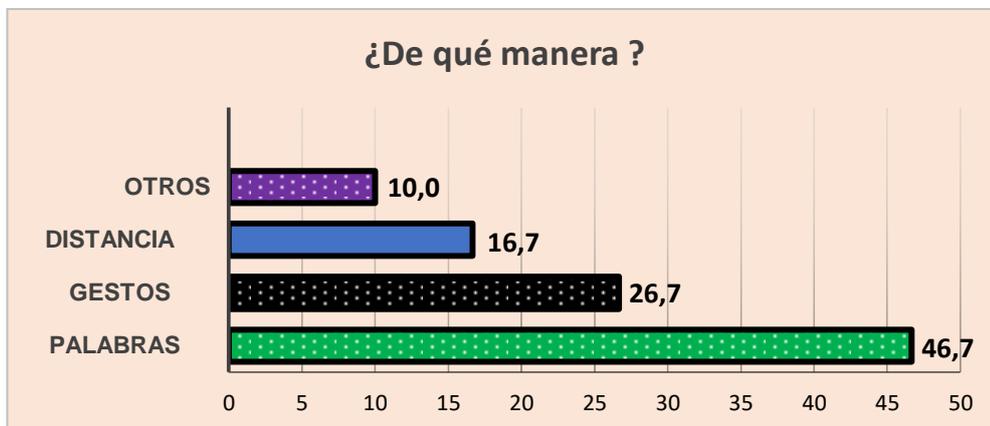


Gráfico 10: Modos de discriminación.

Cuando se indagó a las personas que declararon sentirse discriminadas, acerca del modo en que se ejerce la misma, se obtuvo lo expuesto en el Gráfico 10; un 46,7% de los pacientes respondieron que se los discriminaba mediante el uso de palabras, un 26,7% de ellos indicaron que fueron discriminado por medio de gestos, otro 16,7% señaló a las distancias que tomaban las personas que los rodeaban al conocer su situación, y un 10% declaró que recibían discriminación de otras maneras.

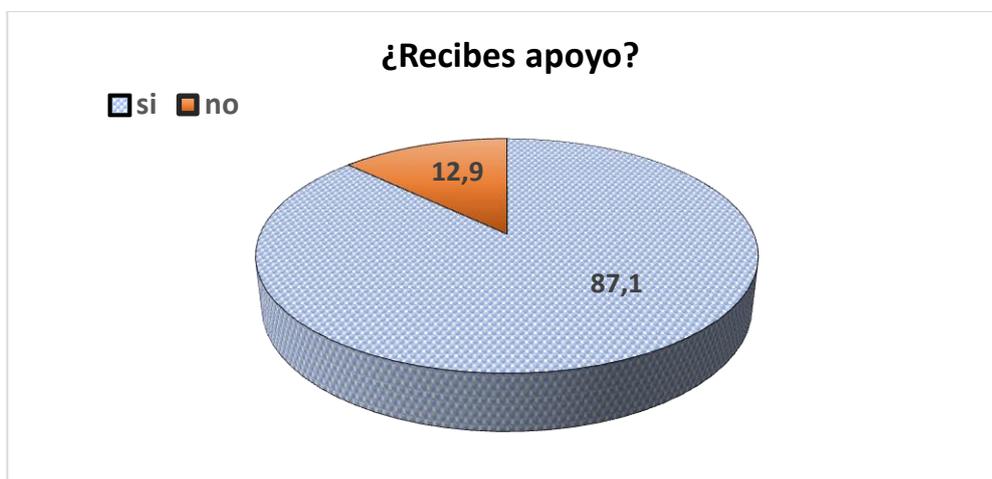


Gráfico 11: Recepción de apoyo durante el tratamiento.

Otro de los aspectos que se indagó fue si las personas reciben algún tipo de apoyo que les facilite sostener en el tiempo su tratamiento. Ante esta pregunta el Gráfico 11 expone que el 87,1% de los encuestados contestó que si recibe algún tipo de apoyo, y el 12,9% señaló no recibir.

La procedencia del sostén, según lo indicaron en un 29,1% es brindada por la familia, el 27,3% de los pacientes señaló que proviene del personal de la salud; es decir de aquellos que los atienden en el nosocomio, un 20% indicó a su pareja como la persona de la que proviene su apoyo y un 18,2% reconoció a las amistades (Gráfico 12).

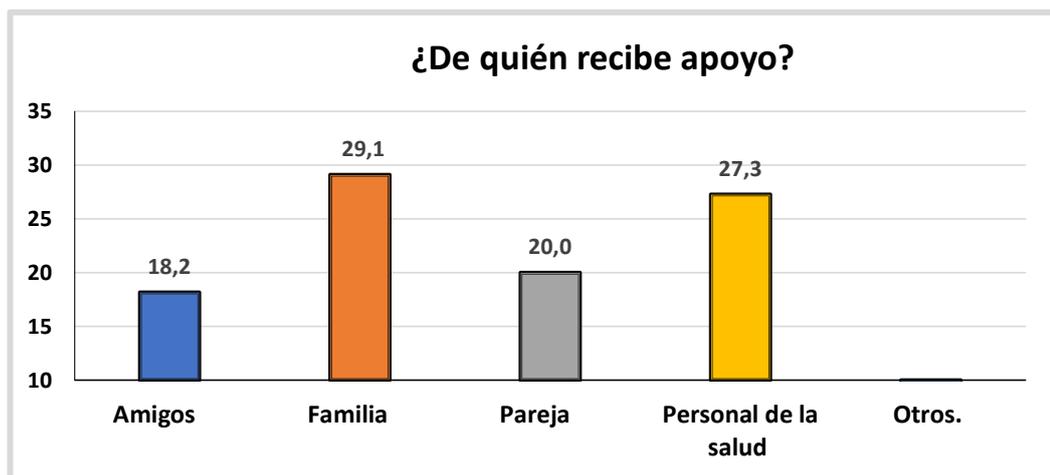


Gráfico 12: Procedencia del apoyo para adherir al tratamiento

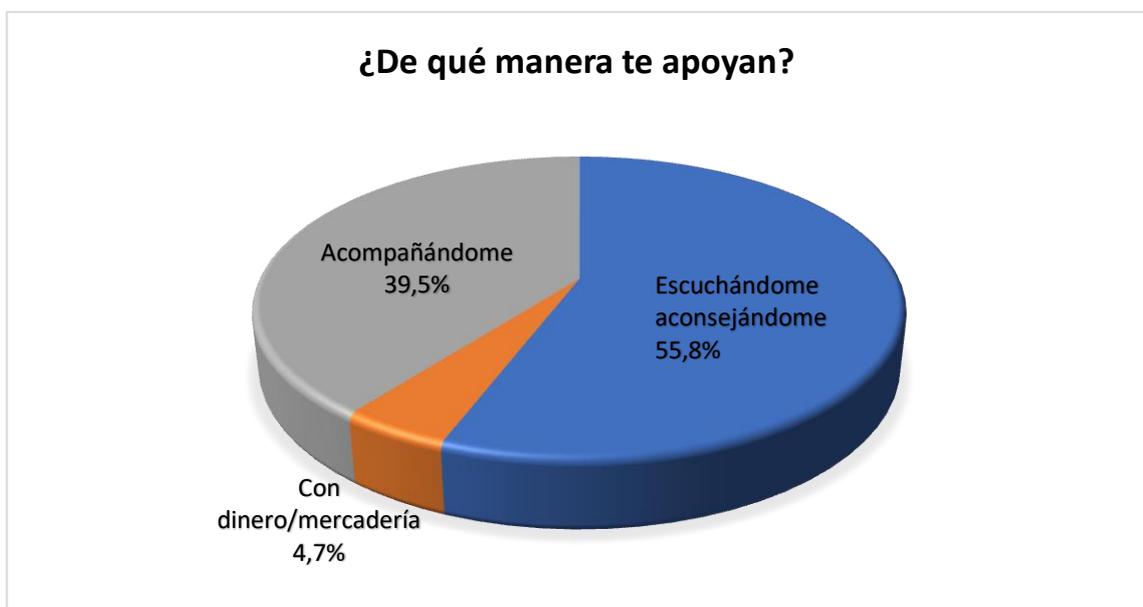


Gráfico 13 Tipo de apoyo otorgado, para sostener el tratamiento.

En cuanto a la consistencia de ese apoyo, se presenta en el Gráfico 13, traducido de la siguiente manera: en un 55,8% consistió en la escucha y el consejo, en un 39,5% fue reconocido mediante el acompañamiento, y por último el 4,7% lo identifico por medio de la entrega de dinero y mercadería.

Como otro factor que dificulta la adhesión al tratamiento, se hizo incapié en los efectos secundarios que producen los remedios en el organismo, teniendo en cuenta que fue la opción con mayor porcentaje explicitada como motivo de abandono al tratamiento.

En cuanto a la identificación de efectos secundarios por la toma de la medicación, los pacientes encuestados, basados en sus experiencias personales, manifestaron en el Gráfico 14 los siguientes: un 18,2% declaró padecer dolores de cabeza, otro 18,2% declaró padecer mareos, el 15,9% indicó haber presentado diarrea, el 13,6% de los pacientes tuvieron erupciones en la piel, otro 13,6% declaró presentar fatiga. También se indicó presentar colesterol alto en un 6,8% de las personas, diabetes en un 4,5%, náuseas y vómitos en un 4,5%, anemia en un 2,3% y disminución de la densidad en los huesos en un 2,3%.

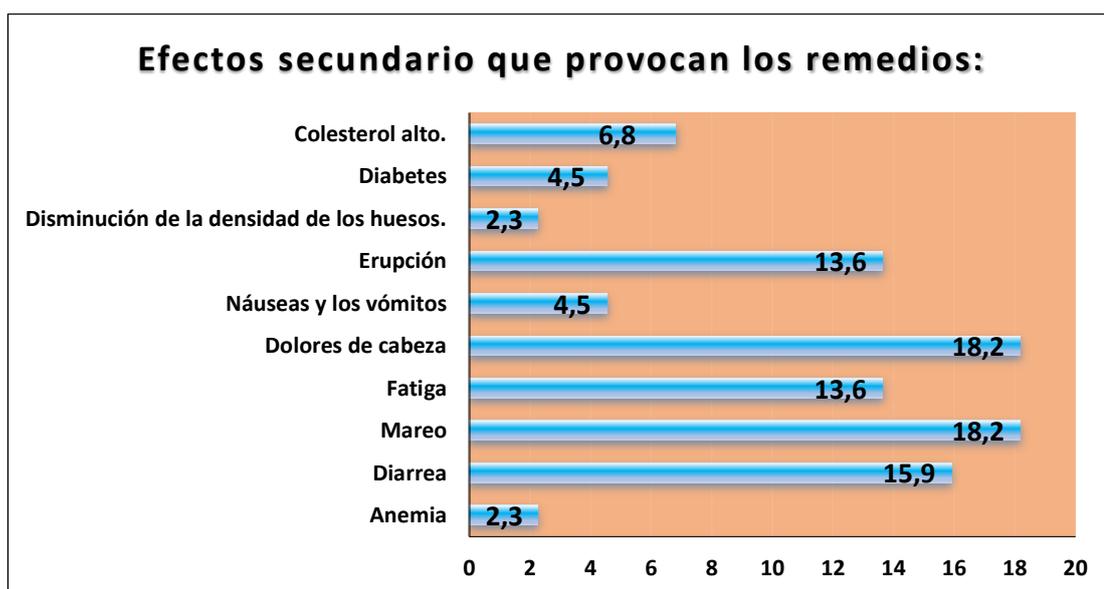


Gráfico 14: Efectos secundarios provocados por los remedios.

Como otro factor que se indagó como influyente en la adherencia al tratamiento fue el conocimiento que poseen los pacientes, sobre esta patología y lo que se puede lograr por medio de una buena adherencia al tratamiento.

En cuanto al conocimiento que tienen los paciente ambulatorios concurrentes al Hospital Pablo Soria, acerca del VIH/Sida, se encontró lo siguiente:

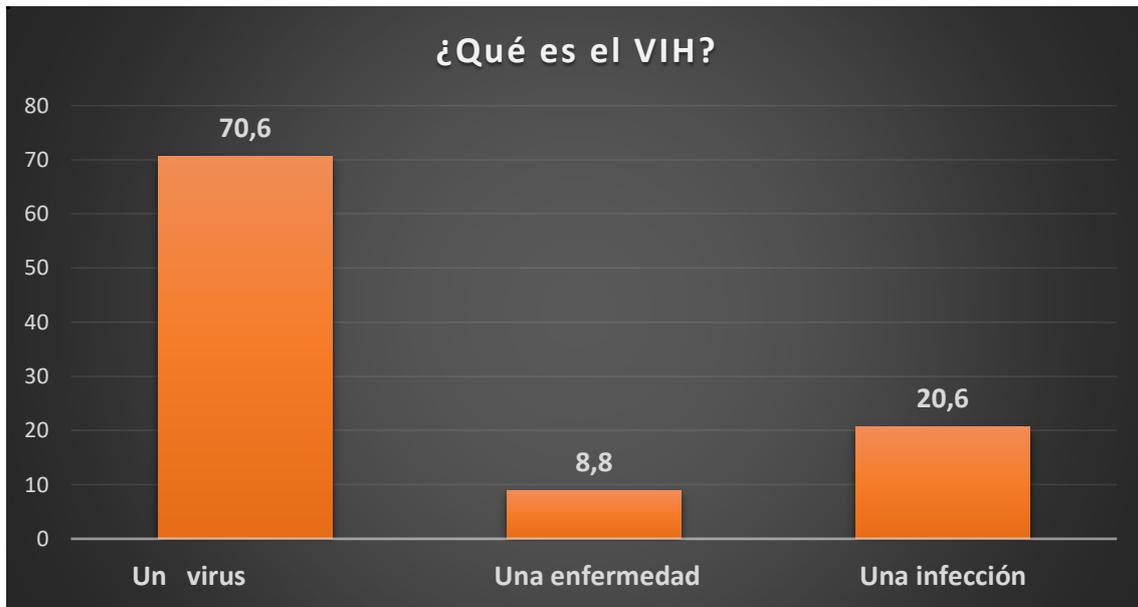


Gráfico 15: Conceptos sobre el VIH

En cuanto a lo que es el VIH se representa en el Grafico 15, que un 70,6% de los participantes en la investigación señalaron al VIH como un virus, en un 20,6% la opción elegida fue una infección y en un 8,8% lo identificaron como una enfermedad.

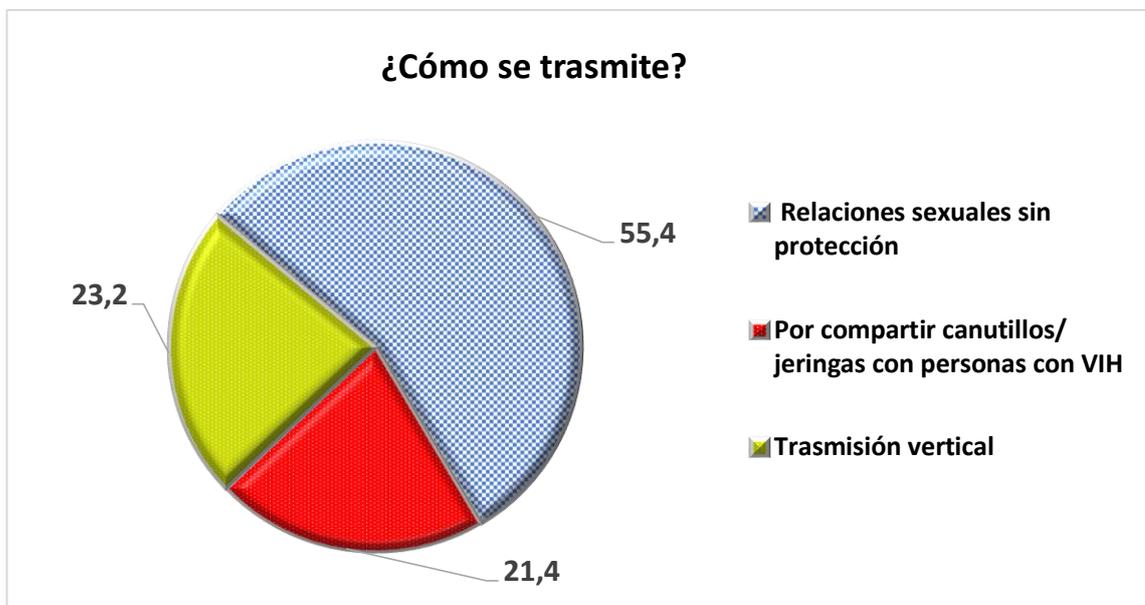


Gráfico 16: Trasmisión del VIH

Acerca del medio de transmisión del mismo, se reconoció en un 55,4% a las relaciones sexuales sin protección, en segundo lugar a la transmisión de madre a hijo (transmisión vertical) representado en un 23,2%, y en menor medida, con un 21,4% a la transmisión del virus por medio del uso compartido de canutillos y jeringas con sangre infectada (Gráfico 16).

Además se indagó ampliando en el modo de transmisión del virus, sobre las prácticas sexuales y se encontró lo expuesto en el Gráfico 17. Allí se infirió sobre el uso de los métodos de barrera (preservativo de látex) durante las relaciones sexuales anales y vaginales por parte de los pacientes que viven con Vih/Sida. El 77,4% manifestó utilizar permanentemente el preservativo durante sus relaciones sexuales anales y vaginales. El 12,9% indicó usarlo algunas veces, y el 9,7% de las personas indicaron que no practican relaciones sexuales.

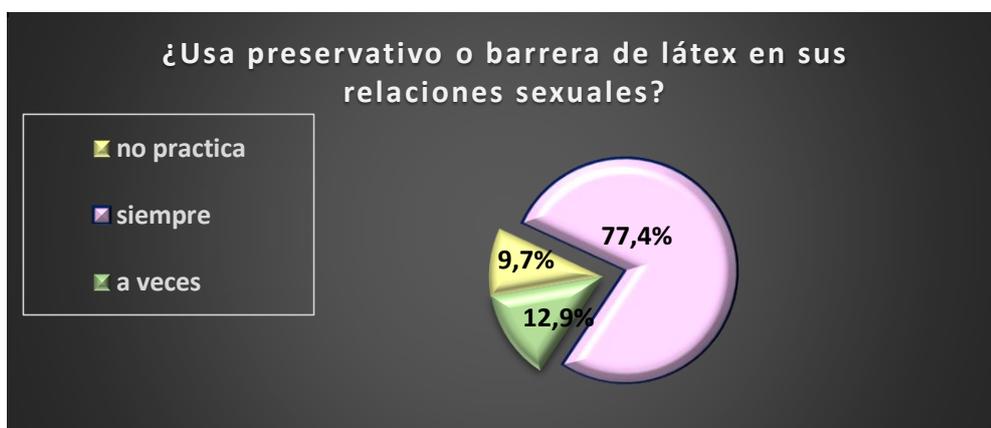


Gráfico 17: Utilización de preservativo en relaciones sexuales anales y vaginales

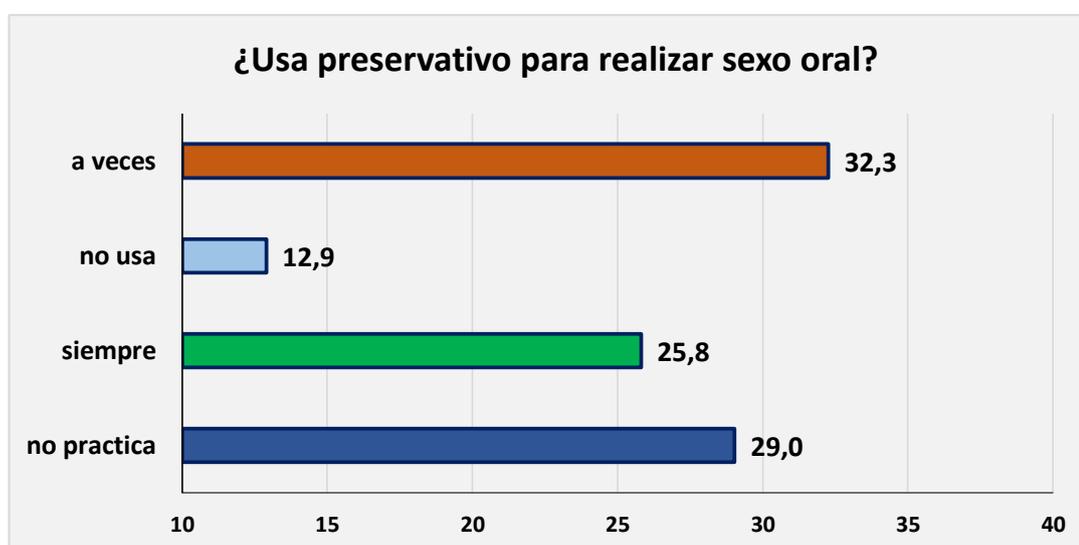


Gráfico 18: Utilización de preservativo en práctica de tipo sexual oral

Teniendo en cuenta el modo de transmisión del virus, y en cuanto al uso de “barrera de protección -hecha de látex- durante las prácticas sexuales de tipo oral, se observa en el Gráfico 18 lo siguiente: el 32,3% de los pacientes que respondieron la encuesta manifestaron usar protección de manera ocasional, el 25,8% de ellos declaro usara barrera de látex siempre que mantiene relaciones de este tipo, el 12,9% de los encuestados manifestó no usar barreras de latex al efectuar sexo oral y el 29% declaró no mantener este tipo de práctica sexual.

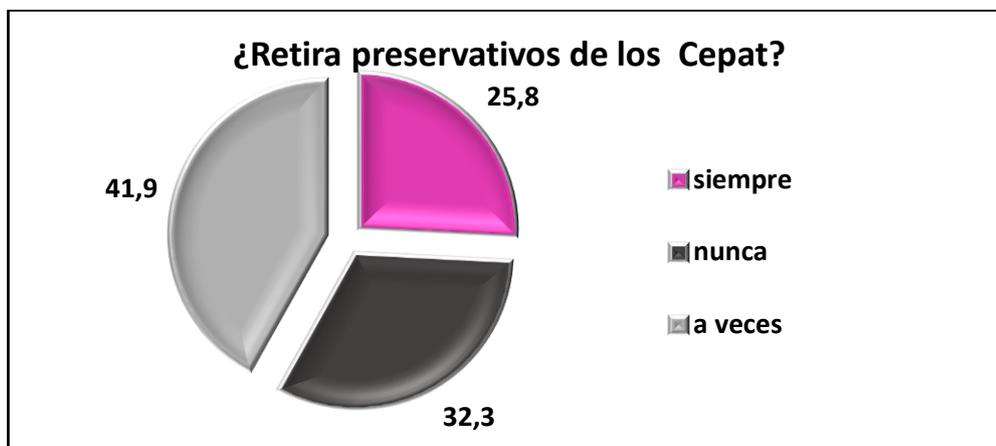


Gráfico 19: Retiro de preservativos en los Cepat

En cuanto a la provisión gratuita de preservativos, brindada en los Centros de Promoción, Asesoramiento y Testo, distribuidos en distintos puntos de la provincia, se puede observar en el Gráfico 19 que, las personas respondieron recurrir a ellos de la siguiente manera; un 41,9% en alguna oportunidad, el 32,3% no hace uso de esta posibilidad, mientras que un 25,8% indicó que se aprovisiona de los CePATS permanentemente.

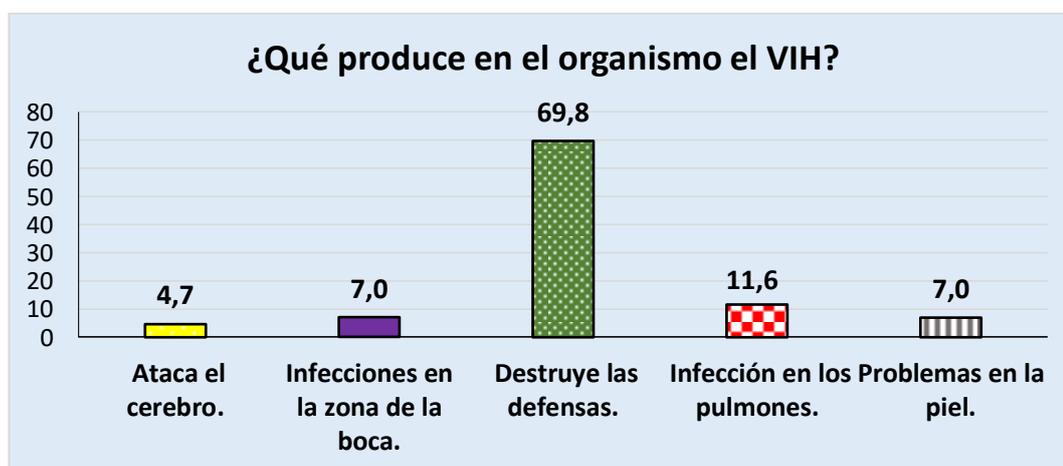


Gráfico 20: Efectos del VIH en el organismo

En cuanto al conocimiento que poseen las personas que viven con VIH concurrentes al Hospital Pablo Soria, se expone en el Gráfico 20 que respondieron de la siguiente manera; un 69,8% señaló que la infección produce la destrucción de las defensas, mientras que el 11,6% declaró que la presencia del VIH en el organismo ocasiona infecciones pulmonares. Un 7% explicitó que afecta la zona de la boca, otro 7% indicó que el virus provoca problemas en la piel, y un 4,7% indicó que ataca al cerebro.



Gráfico 21: sobre la importancia de estar bajo tratamiento

En cuanto al entendimiento que poseen las personas que viven con VIH, sobre por que es necesario adherir al tratamiento, cuando se les preguntó respondieron lo representado en el Gráfico 21. El 96,8% señaló que entendía la importancia de estar bajo tratamiento, y un 3,2% respondió que no conocía el motivo.



Gráfico 22: Alcances del tratamiento

A partir de allí se profundizó sobre las personas que admitían comprender que era importante adherir al tratamiento. En el Gráfico 22 se representa lo siguiente; un 31,8% señaló su valor, por posibilitar la recuperación de las defensas, entre tanto, otro de los motivos señalados fue “porque el mismo posibilita llegar a una carga viral indetectable y por ende, no transmitir el virus a otros” con un 24,7%. En tercer lugar, el 21,2% de los encuestados, reconoció que estar bajo tratamiento activo, protege de posibles enfermedades oportunistas. El 16,5% declaró la importancia por detener el arribo a un estadio Sida. Por último un grupo representado por el 5,9% declaró la importancia de estar bajo tratamiento, ya que el mismo le daría la cura.

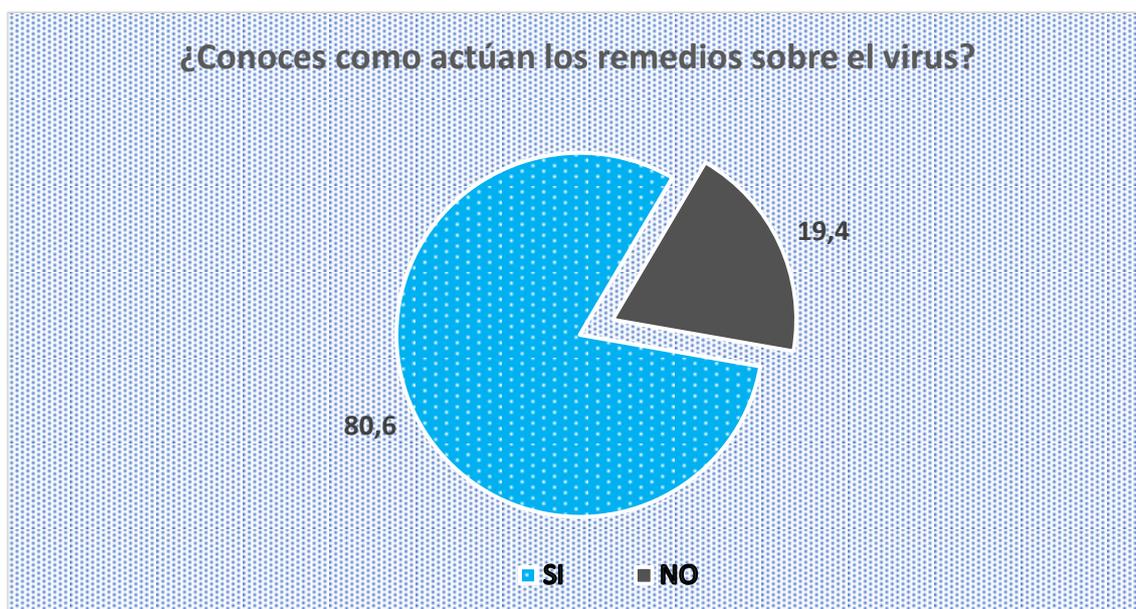


Gráfico 23: Entendimiento sobre la medicación.

Para profundizar en el Gráfico 23 sobre cual es el conocimiento que poseen, en cuanto a como actúan los remedios sobre el virus, se les consultó si conocían al respecto, ante lo cual el 80,6% de los pacientes señaló que tenía conocimiento al respecto. Entre tanto que el 19,4% de las personas expresó desconocer.

Ampliando este punto se expone en el Gráfico 24 las siguientes afirmaciones como respuesta: el 40,7% de las personas encuestadas respondieron que los remedios suministrados controlan la reproducción del Virus, el 31,5% de los pacientes manifestó que el remedio logra reducir la cantidad de réplicas en el organismo, otro grupo de personas, representado por el 27,8% manifestó que el tratamiento tiene la posibilidad de reducirlo a valores que son indetectables por los métodos de conteo utilizados. El 100% de las personas que respondieron

conocer sobre como actúan los remedios sobre el virus reconoció la negativa de que el remedio pueda eliminar por completo al virus del organismo.

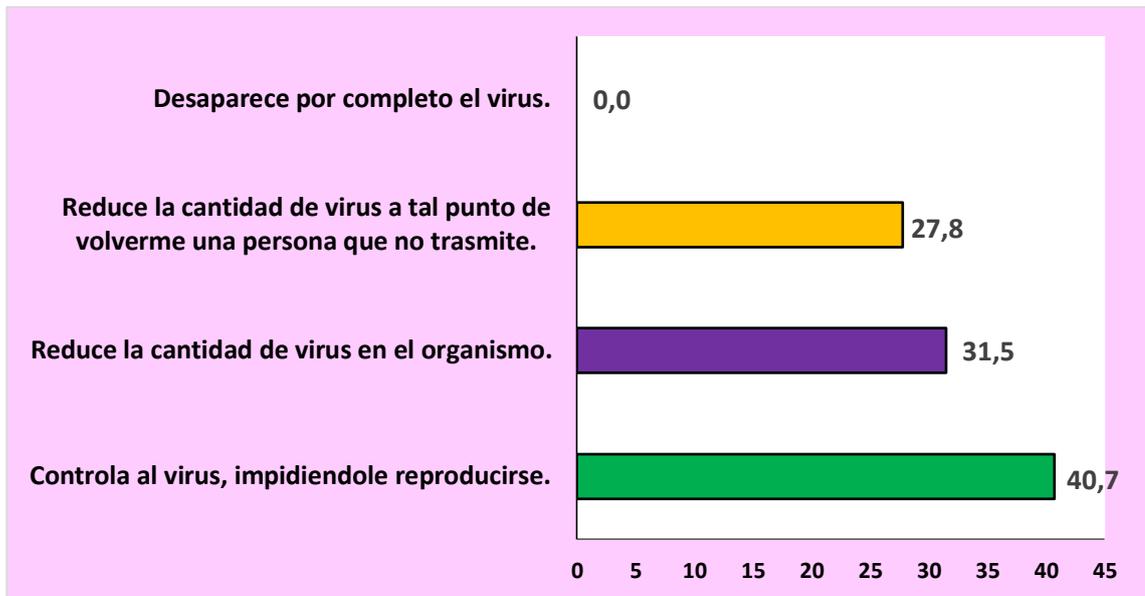


Gráfico 24: Efecto del tratamiento sobre el virus.

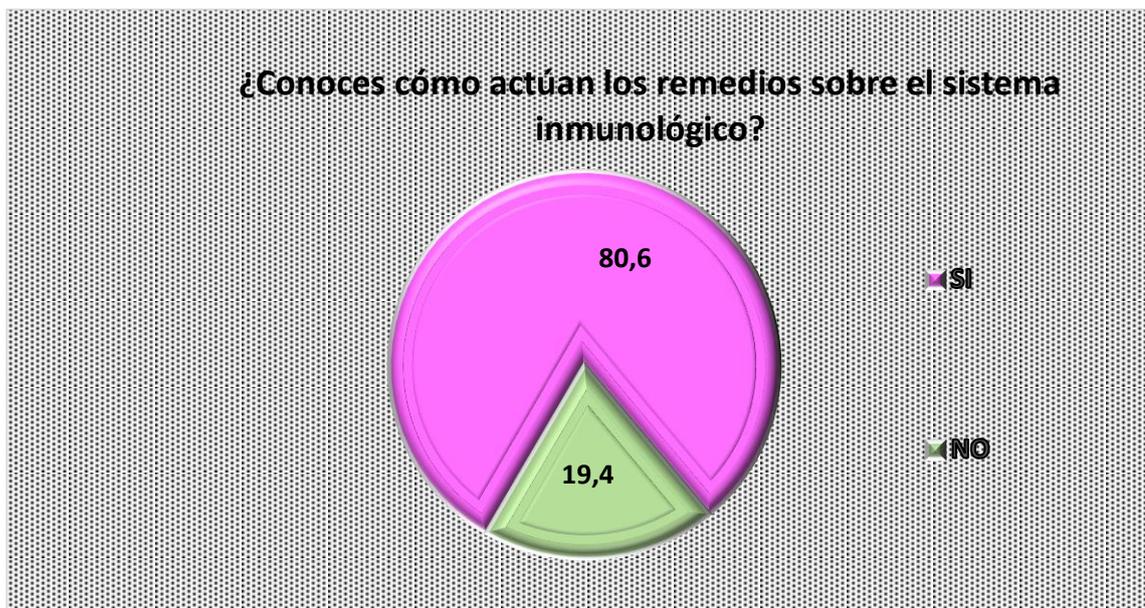


Gráfico 25: El sistema inmunológico y los remedios

El 80,6% de las personas bajo tratamiento encuestadas, indicaron conocer lo que sucede con el sistema de defensas, al adherir al tratamiento y solo un 19,4% indicó no saber. De las personas que contestaron conocer, el 56% reconoció que impide el desarrollo de enfermedades

oportunistas, y el 44% indicó que la toma de la medicación posibilita la recuperación y fortalecimiento del las defensas (Expuesto en los Gráficos 22 y 23).

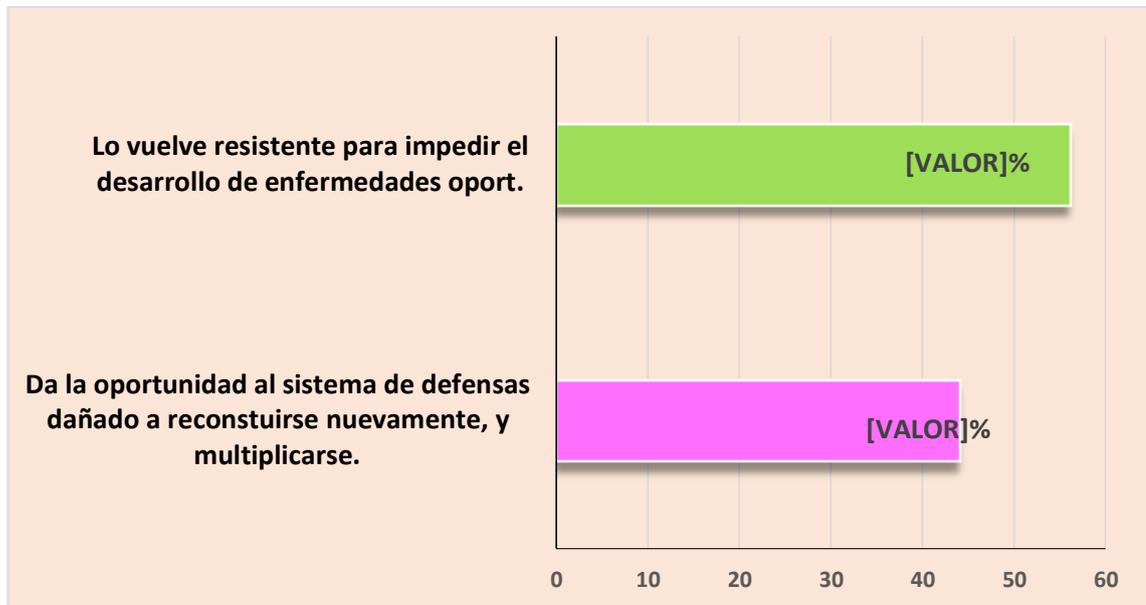


Gráfico 26: Efectos del tratamiento en el Sistema Inmunológico.

## Resultados Cualitativos

### *Metacategorías*

1. Dificultades para seguir el tratamiento:
  - ❖ Depresión
  - ❖ Efectos Secundarios
  - ❖ Turnos
2. Motivo para retomar el tratamiento:
  - ❖ Enfermedades Oportunistas
  - ❖ Acompañamiento
  - ❖ Trabajar
3. Como se sienten con el tratamiento:

- ❖ Bien
- ❖ Apoyo Recibido

4. Aspectos positivos y negativos en la relación con el Hospital Pablo Soria.

- ❖ Segunda Casa
- ❖ Medicamentos

5. Adherencia al tratamiento y Proyecto de Vida:

- ❖ Dependencia
- ❖ Compromiso
- ❖ Debilidad

### **METACATEGORIA 1: Dificultades para seguir el tratamiento**

La primera metacategoría analizada hace referencia a las dificultades que encuentran los pacientes ambulatorios del Hospital Pablo Soria, en el seguimiento del tratamiento.

Al respecto podemos definir a esta metacategoría, como *“los inconveniente, las oposiciones o contrariedades con las que las personas que viven con VIH/sida se enfrentan a diario. Según su origen, las dificultades pueden provenir de la persona misma, es decir por una cualidad en su persona, como ser un hábito, una costumbre, cuestiones biológicas, percepciones, entre otros. También, puede proceder del ambiente en el que se encuentra, o a partir de la interacción entre ambos”*<sup>45</sup>.

La importancia de atender a esta categoría, reside en que, superarlas o sobrellevarlas es indispensable para conseguir una buena adherencia al tratamiento, y por ende lograr el objetivo del tratamiento; que consiste en alcanzar una carga viral indetectable y subir el nivel de defensas/CD4, pudiendo alcanzar una sobrevida de 30 a 40 años aproximadamente.

*“...Es como una batalla, como la de la película Corazón Valiente, es como una batalla entre uno y otro, es como una batalla interna, entre el bien y el*

---

<sup>45</sup> Lamotte Castillo, J. A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *Medisan*, 18(7):993-1013.

*mal, entre la enfermedad y la salud , y ver quien gana, quien se pondera, quien grita victoria” (Estudiante de medicina).*

Dentro de esta categoría, emergieron como categorías de análisis en el discurso de los actores sociales las siguientes: **a) Depresión, b) Efectos Secundarios y c) Turnos.**

En relación a la primera categoría: DEPRESION

Durante todos los encuentros y las entrevistas efectuadas, uno de los fenómenos que surgió en el discurso de los actores fue la depresión. Está aparecía en distintos momentos del tratamiento, en algunos manifestado como algo que acompaña de forma permanente, en otros solo al principio del tratamiento, y en otros pacientes de manera alternada, es decir en distinto momentos de la vida, y por motivos diferentes .

La Organización Mundial de la Salud<sup>46</sup> define a la depresión como *“un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”*.

El síntoma más característico de la depresión es la tristeza<sup>47</sup>. La tristeza en el paciente depresivo, es descrita con una intensidad superior a la esperable para la situación ambiental en la que se encuentra el sujeto. El paciente la describe como diferente a otras experiencias tristes que hubiera podido sufrir previamente, y existe mayor sensación de pérdida de control y gran dificultad o incluso imposibilidad para motivarse por otras cuestiones que no sean el foco de su tristeza.

Los siguientes fragmentos de las entrevistas dan cuenta de las voces de los autores en ellos se observa la presencia de este fenómeno en sus vidas cotidianas.

*“una vez me dieron un pase al psicólogo porque yo estaba muy depresivo mal, salí de una operación y tenía otra expectativa y post operatoria me*

---

<sup>46</sup> OMS (2017). Depresión. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es>.

<sup>47</sup> Gastó, C. y Navarro, V. (2007). La Depresión. Guía Interactiva para Pacientes con Enfermedades de larga duración. Hospital Clínico de Barcelona. Editorial Fundación BBVA. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>.

*dieron otras noticias que fueron totalmente distintas a las que yo esperaba.” (paciente que se anoticia de su estado)*

Cuando se refiere a distintos momentos, se observa que las personas señalan una primera etapa, la etapa de negación/aceptación como algo por lo que todos atraviesan.

En cuanto al recibimiento del diagnóstico y la aceptación del mismo no es automática, la misma es acompañada por un fuerte impacto en la persona, varios de ellos realizan una negación de la misma, acompañado por sentimientos de miedo, tristeza, desesperación y angustia:

*“no quería tomar me negaba rotundamente y si lo tomaba me hacía mal”  
(ama de casa)*

*“Por ejemplo yo, cuando yo deje la pastilla... decía estoy bien, mi cabeza no quería asimilar que yo tenía el HIV, me sentía mejor, después al tiempo me decaí, volví a caer internado de vuelta, por eso digo que hay que seguir el tratamiento” (albañil)*

Una vez que las personas deciden comenzar con su tratamiento, se encuentran con otro tipo de dificultades que también los llevan a deprimirse, como lo son el tomar la medicación y los efectos secundarios que estos le producen, los cual debido a todos los malestares que ellos representan, les dificulta sostener la rutina diaria.

*“...este tipo de anomalía es la que te trunca la vida te cambia el ritmo de vida, yo era una deportista de 10 km imagínate cambiar el ritmo de tu vida, ahora me toca hacer cosas más livianas, es lo que hace que te cueste más el tratamiento”. (Estudiante de medicina)*

*“algunas veces me pregunté ¿Vale la pena un tiempo más de vida? porque con lo que tengo de diagnóstico de base...Y a veces pienso ¿qué estoy haciendo qué está pasando? Y a veces pienso que soy un conejillo de india, con la medicación. Algunos adhieren bien a la medicación y otros no, como yo...”*

Otros pacientes ambulatorios expresaron tener o haber tenido sentimiento de culpa que los llevaron a deprimirse, el sentirse culpable al no estar en condición para poder ayudar a un ser querido. Esta vivencia es expuesta en el caso de una joven que se enteró de que estaba conviviendo con Vih, en un estudio que le estaban haciendo con el fin de donar un riñón a su madre, la cual necesitaba del trasplante como única alternativa para seguir viviendo:

*“...y fue un estado de culpa por decir, no viviste más tiempo porque no te pude dar el riñón...”*

En relación a la segunda categoría: EFECTOS SECUNDARIOS

Todos los fármacos, incluidos los utilizados para tratar el VIH, pueden provocar efectos no deseados o imprevistos<sup>48</sup>. Todos los fármacos antirretrovirales utilizados actualmente han pasado por años de investigación, en los que se realizaron ensayos clínicos con cientos, o incluso miles, de personas con VIH. Estos ensayos permiten asegurarse de que los fármacos actúan contra el virus y que su uso resulta seguro. Para que se apruebe el empleo de un fármaco, hay que demostrar que los beneficios que ofrece compensan los efectos secundarios que pueda provocar.

En cuanto a la aparición de estos efectos, algunos surgen poco después de iniciar el tratamiento con un fármaco, al adaptarse el organismo al nuevo antirretroviral.

Estos efectos secundarios suelen disminuir, se hacen más manejables o desaparecen completamente al cabo de unos días, semanas o meses. Con frecuencia, se denominan efectos secundarios a corto plazo. Es posible que otros efectos secundarios sólo se manifiesten tras varios meses -o incluso años- de tratamiento con un fármaco. A éstos se les conoce como efectos secundarios a largo plazo.

Es menester señalar que un motivo sobresaliente, en las entrevistas con respecto al abandono del tratamiento fueron los Efectos Secundarios provocados por la toma de la medicación, manifestado en problemas de presión arterial, mareos, vómitos, sensibilidad al frío, dolores de cabezas, aparición de erupción cutánea, fatiga, somnolencia, entre otros.

---

<sup>48</sup> Carter, Michel (2010). Efectos secundarios. Programa de Prevención del VIH. Ediciones Pan-London del NHS. Reino Unido.

Lo reflejado en la mayoría, señalaba que además de producir malestares orgánicos, estos efectos eran causantes de estados depresivos; en tanto los pacientes no podían continuar con sus rutinas diarias de la misma manera, en algunos casos debían abandonar sus actividades por completo, en otros casos solo de modo parcial o temporal.

*“dificultad con el tratamiento, no la verdad que no, antes si, tenía otra medicación y me mareaba en las noches, y me duraba hasta la mañana siguiente. Pero luego la médica me hizo un test y me cambió la medicación y a partir de allí se me fueron los mareos, porque no podía hacer nada, no podía salir a la calle, tenía que esperar que se me pasen los mareos, eso me ponía mal” (Prof. de Educación Física)*

*“efecto secundario por la medicación no, el tratamiento que tuve los medicamentos que tenían antes eran muy fuertes pero gracias a la doctora así como es exigente yo también le exijo que ella me trate de conseguir medicamentos que no me compliquen a mí las cosas” (trabajador independiente, soldador).*

Algo valioso al respecto fue encontrar que varias de las personas pudieron eliminar estos efectos no deseados, declarándolo al médico de cabecera, el cual luego de realizar un test, determinaba el cambio de la medicación o, en otros casos, daba indicaciones en cuanto a la toma de la misma, como ser, suministrarla en distintos momentos del día, como luego del almuerzo, o tomarla en el horario de la noche, como también, evitar bebidas alcohólicas, o ingerir ciertos alimentos y evitar otros.

En cuanto a la tercera categoría: TURNOS

Esta categoría de análisis da cuenta del “acceso a la atención de la salud” lo cual es indispensable para la conservación de la buena salud y en algunos casos, de la vida misma de estos pacientes. El Hospital Pablo Soria organiza su atención por medio de turnos previamente asignados a los pacientes.

Conseguir un turno resultó ser una barrera y expuesta como algo a mejorar en el servicio del Hospital Pablo Soria, resultando ser “algo tedioso” para la mayoría de los pacientes ambulatorios.

Es importante tener en cuenta que la atención sanitaria en nuestro país, está garantizado para toda la población y está incluido en la Constitución Nacional y en los Pactos Internacionales que ésta incluye a partir de 1994. En cuanto al marco legal en nuestro país, existe vigente la Ley Nacional de Sida n°23.798, en la que se estableció la atención integral de la salud médica, farmacológica y psicológica<sup>49</sup>.

La organización en la atención de las personas que viven con Vih, da cuenta de un Modelo de Atención<sup>50</sup>, el cual define qué tipo de acciones y servicios se debe prestar a la población. Es decir, a quién cubrir (criterios de elegibilidad o inclusión dentro del sistema); modo de la prestación (con qué criterios o padrones); de dónde prestar (en qué lugares, de qué manera distribuir la oferta, qué criterios de referencia y contrarreferencia adoptar).

En cuanto a lo que vivencian los pacientes, a la hora de conseguir un turno para su atención fue dado a conocer lo siguiente:

*... "prefiero que ya no sea sacar turno por medio de la salita, es tedioso, tengo que llamar y llamar a determinada hora y si no llamas a esa hora ya no puedes, los turnos son limitados, te derivan a una Dra. Clínica y la clínica me deriva a la enfermeras y las enfermeras recién me dicen que tal día te vamos a llamar para que te demos turno y si no atendes, te quedas sin turno. Y yo para dar clases me gusta apagar el celular, pero ahora no puedo porque tengo que estar pendiente si me llaman para darme el turno. Me gustaría volver a la modalidad anterior" (docente).*

Muchas de las personas desconocen la nueva modalidad para conseguir un turno, lo cual causa confusión, pérdida de tiempo, perdida de dinero y estrés. Con respecto al circuito para conseguir un turno se encontró que, los interesados deben dirigirse a los Puestos de Salud más

---

<sup>49</sup> Fundación HUESPED (2018). Leyes. Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/materiales/leyes>.

<sup>50</sup> Organización Mundial de la Salud (2015). ¿Qué es un sistema de salud?. Pregunta al experto. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/28/es>.

cercanos a su domicilio, allí se realiza la atención por un médico clínico, el cual realiza la derivación para el nosocomio que corresponda. Allí no termina el circuito, lo siguiente es que las enfermeras del Puesto de Salud, deben hacer el nexo con los Hospitales, según lo indique la derivación, conseguir el turno y recién dar aviso al paciente, mediante llamada telefónica, pudiendo demorar para ello un mes o más<sup>51</sup>.

Al respecto resaltó las palabras contrastantes de un entrevistado, en tanto expuso la forma de organización en la atención en otra Provincia de la Argentina, en cuanto a los pacientes que viven con VIH/sida:

*“yo estoy desde el 2005, estuve en Tierra del Fuego, ahí es mucho mejor que aquí, allá vas y no hay necesidad de venir a sacar turno, directamente te lo dan, vos tenés que pedir turno para tal fecha, presentarte ese día y listo. No sé cómo es el sistema, será porque es más chico. El día anterior van las enfermeras a tu casa y te dicen “Señor usted mañana tiene turno”. A mí me hacían tratamiento, pero yo salía de ahí ya con el turno.”*  
*(trabajador independiente)*

Esta situación continúa trayendo conflictos, existe también un Callcenter, para solicitar el turno, el cual resulta insuficiente, debido a que no se llegan a atender la gran demanda. Y si focalizamos en los pacientes que viven con VIH/sida, de esa cita depende el conseguir la receta y retirar la medicación, para lograr la toma ininterrumpida, que requiere este tratamiento.

Siguiendo esta línea de análisis, otra cuestión que surgió en cuanto a los turnos fue el pedido de centralización en la atención, y disminución de la burocratización, es decir, disponer de la posibilidad de llevar a cabo interconsultas, y realización de estudios, en un mismo día y en el mismo lugar.

*“sí sí, me gusta venir, solamente el tema de la plata que se gasta, es el problema por ahí tengo que venir temprano y hago un par de viaje y me sale costoso, yo vengo de lejos... me gustaría que me den turno en el mismo día, para hacerme lo de la sangre y lo de la carga viral porque me dan en*

---

<sup>51</sup> El Expreso (2021). En el hospital Pablo Soria, la gente no sabe cómo obtener un turno por falta de información. Edición Jujuy. Disponible en: <https://elexpresodejujuy.com.ar/contenido/3368>.

*días diferentes me cuesta mucho por el tema del trabajo. Sería bueno que te den los turnos todos en el mismo día, más fácil más accesible” (trabajador en relación de dependencia).*

Dicho pedido fue fundamentado en varias ocasiones, por causar dificultades, en el trabajo: tanto para conseguir el permiso, o en el caso de los trabajadores en negro la pérdida de ingresos en tanto “día no trabajado, día no pagado o sin ingresos”. Otro motivo fue la implicancia de dinero en cuanto a pasajes, y la pérdida de tiempo.

## **METACATEGORIA 2: Motivos para retomar el tratamiento**

La segunda metacategoría refiere a aquellas cuestiones que acarrear a una persona a cambiar de actitud y comportamiento, llevándolas a retomar el tratamiento abandonado. El concepto de motivo refiere a *“una descripción de síntomas o problemas objetivos, el cual implica el reconocimiento de una necesidad subjetiva y el deseo de pedir ayuda”*<sup>52</sup>. En cuanto a este, la Real Academia Española define a esta palabra como “causa o razón que mueve para algo”.

Motivación para la psicología Social es el factor que, junto a las necesidades y las aspiraciones, subyace en el proceso del aprendizaje, la comunicación y las operaciones tendientes al logro de la gratificación en relación con objetos.

Otro gran aporte de esta campo es la definición de Sujeto como un “ser de necesidades que solo se satisfacen en relaciones que lo determinan”, Estas necesidades funcionan como motivo y motor que llevan al sujeto a movilizarse en pos de la satisfacción a su necesidad, la de recuperar el equilibrio u homeostasis. Es muy importante entender al ser humano desde esta perspectiva, ya que esto llevará a comprender el regreso al tratamiento.

Dentro de esta categoría, emergieron como categorías de análisis en el discurso de los actores sociales las siguientes: **a) Enfermedades Oportunistas, b) Acompañamiento y c) Trabajo.**

---

<sup>52</sup> Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, 26(1):53-69.

## Primera categoría de análisis: ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

Cuando las defensas están muy debilitadas no pueden proteger adecuadamente al organismo y es allí donde aparecen enfermedades, que la persona con Vih no padecería si el sistema de defensa estuviera en un estado óptimo. Estas son las llamadas “enfermedades oportunistas”<sup>53</sup>. Cuando estas enfermedades se presentan, es una señal de que el sistema de defensas del cuerpo humano está muy dañado, por lo que habitualmente el estado general de la persona se deteriora. Las personas con una carga viral alta tienen más posibilidades de llegar a la fase sida que aquellas con niveles bajos de virus.

Para comprender por qué las enfermedades oportunistas son un motivo para reanudar el tratamiento, es necesario ver el panorama desde los actores principales.

En su gran mayoría explicaron que abandonaron el tratamiento porque se sentían bien, lo cual les hacía pensar y creer que no necesitaban seguir tomando algún tipo de medicación. Otros abandonaron por los malestares que les provocaba tomar los remedios, entre otras razones.

*“... me sentí bien, físicamente bien y dejé las pastillas las deje de tomar por sentirme mareado y bueno después me enfermé, me internaron y me dijeron que tenía baja las defensas, me dijeron que tenían que aumentar más dosis, tomar más pastillas... (Profesor de Educación Física)”*

Pero pasado tres o cuatro años, llegaban a la guardia del Hospital para ser internados por alguna enfermedad, en un estado grave, debido a un estadio Sida. De los pacientes que llegaban con Enfermedades Oportunistas algunos se recuperaban y otros perdían la vida.

*“...Nicole se llamaba mi amiga, era travesti... ella murió hace 4 o 5 años porque le agarró el pulmón, ella se drogaba trabajaba todo para drogarse”*

En el transcurso de vivir esta experiencia al borde de la muerte los pacientes decidían volver a retomar su tratamiento, con el objetivo de reducir el virus y sentirse a salvo

---

<sup>53</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Vivir en positivo, guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos. Área de Prevención de la Dirección de Sida y ETS. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07\\_guia](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07_guia).

nuevamente. Es aquí en donde se relaciona lo que dice la Psicología Social, que la necesidad es el motor que lleva a la acción. En este caso el motivo es la necesidad de recuperar la salud física y mantenerla, para no regresar a aquella “pesadilla”. Aquí aparece el miedo a las Enfermedades Oportunistas, el miedo de volver a sufrir por las enfermedades, de no poder valerse por sí mismo y ser “una carga para otros”.

*“Primero y principal nosotros tenemos mucho temor de ser carga para la familia, para los padres, hijos y la sociedad.”(estudiante de medicina)*

*“ya sabes...si dejas el tratamiento tu cuerpo no va a poder con las enfermedades” (Artista)*

Pero es importante señalar que el retomar el tratamiento implica un aprendizaje, aquel que indica, que, el hecho de no presentar ningún tipo de malestar, no es sinónimo de que todo va bien. El Virus sigue presente, quizás silencioso pero activo, en un organismo en el que la medicación, no es suministrada de una manera adecuada. Y además de que un efecto secundario, como un dolor de cabeza o presentar diarrea, no se iguala a padecer una enfermedad que gatille la muerte.

#### Segunda categoría de análisis: ACOMPAÑAMIENTO

Para comenzar a desarrollar esta categoría, se definirá a la misma desde una perspectiva psicológica . El acompañamiento es la acción de es *“estar al lado de”, brindar apoyo humano que reconforta y alivia. Es no dejar a la persona sola con el problema, sino compartir con ella el dolor que sufre. Esta acción incluye escuchar atentamente, dejar hablar y permitir que el silencio tenga su lugar en aquellos problemas, situaciones y preguntas que, ante el dolor y la tristeza, resultan indecibles. El acompañante se brinda como un semejante que sostiene al otro, en el sentido de ofrecer una presencia implicada y comprometida<sup>54</sup>.*”

Continuando con la exposición de los motivos para retomar el tratamiento, se hizo presente el acompañamiento como el sostén emocional de las personas, en el tiempo de

---

<sup>54</sup> Raffo, Pilar (2015). Acompañamiento Psicológico y Terapia Psicológica. Proyecto de atención integral a víctimas de tortura del IIDH. Recuperado el 24 de Octubre del 2015.

dificultad y de bonanza. El mismo es interpretado por las personas como una muestra de interés, amor y compromiso de otros hacia ellos.

Así lo refleja esta porción de entrevista, en donde aparece esa persona de referencia, esa persona “significativa”, que influye fuertemente en el estado de ánimo y comportamiento del paciente.

*“Yo abandoné y después me sentía mal me sentía bajoneado, estaba bajando de peso yo le dije, yo abandoné 5 meses cuando murió mi tía. Después la vi la doctora y la doctora me dijo ¡No qué pasó si vos estabas bien con la carga viral! y yo le dije que murió mi tía querida... ella me dijo que, tengo que tomar la pastilla y ella me volvió a dar las pastillas.... Porque yo quiero seguir viva hasta que Dios me diga vamos todo bien”  
(paciente que retomó su tratamiento)*

En el relato, se observa un cambio de actitud, marcado por dos personas significativas para el paciente: durante el abandono se observa que, la persona dejó el tratamiento, por el impacto que fue perder a esa “tía quería”. Pero luego de esos cinco meses de abandono, y el comienzo de sentir malestar físico, “alguien” lo motiva a una consulta con la Doctora. Y es aquí que aparece otra persona significativa “la Doctora” quien llama la atención de la persona, y le dice con firmeza que debe retomar su tratamiento, lo cual desemboca finalmente en un cambio de actitud de la persona, quien termina expresando el deseo de seguir viviendo hasta que Dios se lo permita.

*“A mi parecer las chicas dejan porque no tienen el apoyo de nadie, menos de la familia de lo que uno más quiere, porque yo también cuando me detectaron la primero con quién conté era con mi patrona, después le conté a mi familia a toda mi familia pero después lamentablemente me arrepentí, tuve una discusión con mi hermano... Yo creo que por se abandonan, dejan el tratamiento, se sienten solas y como que no les importa, si se mueren si no se mueren” (chica trans)*

Es de gran ayuda para las personas que abandonaron el tratamiento, que alguien significativo los acompañe, brindado cuidado cuando fuera necesario, una persona dispuesta a dar un consejo, pero también a escuchar. Una ama de casa expresaba:

*“alguien que me da cariño, que me dé un beso, alguien que me invite a ver una película”, (ama de casa)*

*“... a esa persona le pediría que me aconseje , y no me juzgue, porque yo no quería lo que hoy en día tengo, no fue intencional...” (trabajador en relación de dependencia.)*

En estudio que se realizó sobre “Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida”<sup>55</sup>, llevado a cabo en un Policlínico de Guantánamo, ciudad ubicada en el sudeste de Cuba, se arribó a la conclusión que la adherencia al tratamiento en la población estudiada se manifestó de modo parcial, debido a que el apoyo social era insuficiente y la ayuda recibida no satisfacía las necesidades. La familia fue reflejada como la principal fuente de atención para estos pacientes y el apoyo emocional y la compañía de otros fue señalada como importante. Prevalció la inseguridad en relación a la posibilidad de poder contar con algún apoyo si lo necesitaran en un futuro.

### Tercer categoría de análisis: TRABAJO

La siguiente categoría de análisis se adentra en la vida cotidiana, en la cual los actores sociales se encuentran insertos, en la que se entrelazan diferentes cuestiones. Es en esta vida cotidiana donde vemos la acción intencional de las personas, en tanto buscan los medios y las maneras de proveer para sus diferentes necesidades.

Con respecto a esta importante actividad humana, determinante de muchas cuestiones, en la vida de una persona, vamos a conceptualizar al trabajo como *“una acción planificada y social que vincula al sujeto con el mundo y tiene como objetivo la transformación de la naturaleza, para ir en búsqueda de la resolución de sus necesidades”*<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> Frómeta, L.V., Libertad, M. A. y Pérez N. I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 41(4):620-630.

<sup>56</sup> Quiroga, Ana y Josefina Racedo (1988). *Crítica de la vida cotidiana*. Ediciones Cinco. Buenos Aires.

Lo laboral fue un tema que manifestó preocupación en mucho de los participantes, “el estar bien para poder asistir al trabajo” tanto en la condición laboral de dependencia, siendo empleado, como en aquellos que trabajan de manera independiente, pudiendo ser esta precarizada, es decir, realizando “changas”. El “estar bien”, representa el reconocimiento de necesitar el tratamiento y cumplirlo, con la posibilidad de recuperar la energía y el enfoque requerido.

Algunos señalaban ser el proveedor o proveedora de la familia. Otros de los pacientes comentaban sobre la frustración y gran preocupación, al haber perdido el empleo, o días de trabajo a causa de internaciones hospitalarias por Enfermedades Oportunistas, a raíz del abandono del tratamiento. Por ello, las personas sostienen que un motivo para retomar es la necesidad de estar bien para trabajar.

*"vivo con mi señora convivimos ahí tenemos una casa estoy conviviendo. Ahí trabajo, hago trabajo independiente, siempre me la ando rebuscando para la comida, siempre lo tengo, tengo para comer...es necesario tener una buena adherencia porque, para poder estar bien en el trabajo tengo que estar más o menos bien con la salud, que los dos sean parejo: la situación vayan de la mano, mantener estable la enfermedad por medio del hospital para poder trabajar" (soldador)*

*"si yo no me cuido puedo volver a enfermarme y todo lo que tengo planeado se va a ir a la basura, como el poner mi propio negocio. Necesito estar bien física y mentalmente porque el enfermarme me va a deprimir. Se que es por mi bien, si yo la tomo me siento bien...estoy con todas las pilas, siento energía, me mantiene los anticuerpos, me tienen bien y por ende me siento bien, entonces sé que tengo que tomar las patillas" (Profesor de Educación Física)*

Las personas expresaron esta preocupación la cual, los devolvía al tratamiento, la necesidad de “estar bien” para retomar la actividad laboral, indicando la difícil situación

económica, por la que se atraviesa hoy en día, lo cual los lleva a buscar diversas maneras para satisfacer las necesidades, como ser la alimentación, la vivienda y el estudio; pero reconociendo que para poder realizar alguna actividad laboral deben estar saludables.

### **METACATEGORIA 3: Como se sienten con el tratamiento.**

En cuanto a la presente meta categoría, se comenzara definiendo la palabra sentir, esta proviene del latín “sentire”<sup>57</sup> y posee varias acepciones, entre ellas se encuentran: 1. Experimentar sensaciones producidas por causas externas o internas. 2. Experimentar una impresión, placer o dolor corporal.

Teniendo en cuenta estas definiciones, se puede decir que esta meta categoría de análisis hace referencia a las sensaciones que tienen las personas bajo tratamiento, originadas por causas internas como: estados emocionales, percepciones, pensamientos o, provenientes del organismo, en cuanto a presencia de dolencias físicas, malestares, fatiga, entre otras. En cambio, otras causas se originan en lo externo a la persona, es decir el contexto en el que se encuentra.

Siguiendo el desarrollo de esta metacategoría, y para arrojar claridad a la exposición nombraremos a las categorías aquí contenidas: a) Bien, b) Apoyo Recibido, c) Secreto, y d) Familia y Amigos.

Dentro de esta categoría, emergieron como categorías de análisis en el discurso de los actores sociales las siguientes: **a) Bien y b) Apoyo recibido.**

#### Primer Categoría de Análisis: BIEN

Para poder definir la palabra “Bien” en el contexto de la Salud y la Enfermedad, se comenzará citando la definición de una investigación realizada sobre los saberes culturales y el fenómeno "sentirse bien-sentirse mal" llevado a cabo en el Departamento de Enfermería de la Universidad Rovira I Virgili de Tarragona, España.

---

<sup>57</sup> Rodríguez, M. M., & Díaz, N. V. (2006). Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 7 (4) (pp. 2-33).

*“Esta investigación concluyó que en la enfermedad crónica, como lo es la infección por VIH/sida, se observa un cambio de valores como saber cultural. Las personas con esta patología, recuperan el significado positivo de aspectos básicos de sus vidas cotidianas que pasaban desapercibidos antes del proceso de enfermar y que el dolor interfirió en ellas. Aparece como importante una recuperación de los planes de futuro a corto plazo, como lo es el poder asistir a una celebración, el poder salir con las amistades, disfrutar de una buena comida.”*<sup>58</sup>

En procesos agudos en entornos hospitalarios, el proceso patológico tiende a llenarlo todo, ocupa la mente del paciente, sus sentimientos, pensamientos y acciones. Los saberes culturales que hacen sentir bien tienen que ver con la presencia de familiares y amigos que procuran seguridad, distracción y conexión con su mundo como sucede cuando la familia le trae comida de casa.

Ahora bien, volviendo al contexto de lo que emergió en los pacientes ambulatorios del Hospital Pablo Soria, se pudo conocer que la mayoría de ellos había alcanzado una buena adherencia, pudiendo conseguir el objetivo del tratamiento; el sentirse bien, por haber alcanzado controlar al VIH y obtener la reconstrucción del sistema inmunitario dañado. Los entrevistados hacían alusión en “tiempo pasado”, al malestar producido por los efectos secundarios y los malos recuerdos de haber transcurrido por un estadio Sida.

Es decir, que el tratamiento cumple con sus expectativas, ya que se “sienten bien” y en varios casos expresaban que sus expectativas habían sido superadas.

*“la doctora siempre me hace laboratorio cada vez que me hace el pedido de la carga viral, me hace laboratorio también a ver cómo está mi hígado, cómo está funcionando mi estómago y la verdad que estoy bastante bien”*  
(Artista)

*“... no sabía si iba a resultar, o no, porque algunos me decían que no iba a durar más de 2 años, así me decían y yo tengo desde el 2008. ¡Superó mis expectativas!”* (Albañil)

---

<sup>58</sup> Rodero Sánchez, Virtudes, Vives Relats, Carme, Acebedo Urdiales, Sagrario, & Ferré Grau, Carme. (2010). Sobre los saberes culturales y el fenómeno "sentirse bien-sentirse mal". *Index de Enfermería*, 19(2-3):97-100.

*“¡Me siento re bien con el tratamiento! Porque no veo que me pase lo que me pasaba al principio, como yo no estaba enterado de mi situación, tenía muy bajas las defensas y como que estaba muy propenso a enfermar de cualquier cosa. Y me dieron las pastillas... y tuve que recuperarme volver a carga 0, pero me costaba mucho tomar las pastillas, no estaba acostumbrado por el hecho de los mareos, al principio las tomaba muy espaciadas, y no tenía que hacer eso. Pero como yo estudiaba y trabajaba tomar las pastillas en la noche y al día siguientes me seguía sintiendo mareado y me costaba que mi cuerpo se vuelva a estabilizar...Ahora ya me siento mucho mejor, anímicamente también, porque no me da esa sensación de mareo.” (Profesor de Educación Física)*

La gran mayoría de las personas bajo tratamiento activo declaraban sentirse bien, por haber podido retomar sus diversas actividades. Así lo demuestran los fragmentos arriba citados. Como en el caso del docente que estudiaba y trabajaba al mismo tiempo, considerando que el ser profesor de Educación Física, requiere de un buen estado físico, para poder desempeñarse en la disciplina. El sentirse bien es uno de los objetivos fundamentales del tratamiento y se ve reflejado en las personas que adhieren a él, lo cual impacta no solo en la vida del paciente, sino también en su entorno.

#### Segunda Categoría de Análisis: APOYO RECIBIDO

En cuanto a esta categoría de análisis, es sobresaliente, pues su mención fue realizada por todas las personas que fueron entrevistadas, como algo sumamente importante para mantener la adherencia.

Para desarrollar esta categoría, diremos por apoyo social<sup>59</sup> a las interrelaciones que se dan entre las personas, con conductas que también se relacionan entre sí como el demostrar cariño e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente, cuidar de alguien, dar afecto, sentirse amado, dar consejo, aceptarse, satisfacerse, informarse, entre algunas, y por redes

---

<sup>59</sup> Aranda, Carolina y Pando M., Manuel (2013). Conceptualización del Apoyo Social y las Redes de Apoyo Social. Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara, México.

de apoyo social sean estas formales e informales a las instancias que moderan esas conductas de apoyo.

Otra de las cuestiones que se debe reconocer en cuanto al apoyo, es el poder de la palabra, de aquel o aquellos que cumplen el rol de apoyo, o por el contrario. La palabra es el vehículo por el cual es llevado a la persona el ánimo, el reconocimiento por el esfuerzo, fortaleza para enfrentar las adversidades del tratamiento, el rechazo, el menosprecio y la corrección. Esta perdura en la mente de los pacientes como una marca, aun cuando la persona que la emitió, ya no se encuentra presente.

En esta investigación se encontró con respecto al apoyo que reciben los pacientes, que muchos de ellos guardaban su estado seropositivo como “el Secreto”, es decir aquello que solo la persona y el profesional médico conocen. Según los relatos, esta fue una decisión, tomada por la persona basada en malas experiencias con el entorno, o miedo a al rechazo, o temor a perder el control de sus vidas.

*“¡no he manifestado de mi diagnóstico a nadie! tengo una mala experiencia, por eso le conté a una ex pareja que tuve, hace mucho tiempo, pero cuánto las cosas dejaron de estar bien, tomo esa información como una cosa para hacerme daño y empezó a difundirla y yo me sentí como que algo se salía de control y desde ahí tome la decisión de decir Bueno yo voy a transitar esta enfermedad con mi médica, es la única que sabe bueno y todo el personal con el que me tratan del hospital” (Artista)*

*"hay muchos que conozco que tienen esta patología y lo han ocultado, no saben cómo sobrellevar la situación". (Estudiante de medicina)*

De esta manera, la persona significativa, de referencia, de apoyo para llevar el tratamiento, es el Médico Infectólogo de cabecera. En ellos esta puesta toda la confianza del paciente. Ellos pueden retarlos, darle ánimo, evacuar sus dudas e inquietudes, e incluso aconsejarlos y llevándolos a la reflexión.

*“y cuando empecé a tomar y la doctora me aconsejaba: tenés que tomar, alimentate bien, y ya empecé a tomar y ya me paso el dolor de cabeza, y me creció el pelo, estoy bien.” (ama de casa)*

*“nosotros solo nos hacemos atender con la dra. Valdez, desde el 2010. La doctora es: “tenés que hacerlo, tenés que hacerlo, tenés que hacerlo y tenés que hacerlo”, no importa lo que pase. Ella es un amor, es muy bueno ser así no importa, es así... estaba internada un mes, siempre me animaba, estaba firme ... yo tomaba alcohol y ella me decía no tenés que tomar, no tenés que tomar y deje de tomar, y estaba contenta la doctora.” (pareja que vive con VIH)*

*“ella te dice las cosas de frente, hay que hacerlo y hay que hacerlo, para el bien mío, más que tenés tu nene ahora, tu esposa.” (padre de familia)*

Muchos de los pacientes que llevan años con el tratamiento, exponían que en varias oportunidades el profesional actuó con compromiso en momentos de urgencia y necesidad, ganándose de esta manera su confianza.

*“he pasado por momentos muy difíciles en el que ella se hizo cargo de la situación y eso me hizo sentir seguro. Se hizo cargo y entonces yo pensé, si me pasa algo quiero que esté ella, ella sabe mi historia me acompañó desde el diagnóstico, entonces creo que le tengo la confianza necesaria como para que sí necesito algo, me pasa algo quiero que ella tome las decisiones con respecto a esto” (Artista)*

Respecto a la labor del profesional, se puede visualizar la insistencia y la escucha al paciente, como una constante, en tanto muchos de ellos hacían referencia al cambio de hábito que habían tenido, a partir de la insistencia de la profesional, la cual, si era necesario, reprendía a los pacientes, transmitiéndoles seguridad sobre lo que les haría bien y lo que deberían cambiar, para que el tratamiento cumpliera su cometido.

*“yo tomaba alcohol y ella me decía no tenés que tomar, no tenés que tomar, y deje de tomar, y estaba contenta la dra.”(ama de casa)*

La palabra del profesional tiene poder, en tanto es esta, la que reconoce a la infección, reconoce la necesidad de un tratamiento, y si lo solicita, se autoriza y provee de la medicina para llevarlo a cabo. Los pacientes entienden que dependen de su sapiencia, y confían en que “ellos saben que hacer”.

*" si uno quiere estar bien, uno tiene que hacer lo que dice el profesional. El profesional ha estudiado para eso, para salvar vida, es importante darle su lugar y hacer caso a lo que ellos te dicen, porque es la salud misma."*  
(Albañil)

*“es la persona autorizada para llevar mi tratamiento no puedo manejar mi tratamiento yo, eso lo maneja ella, porque con su firma y su sello es la que me provea me del tratamiento...es un acuerdo tácito de compromiso de su acompañamiento con mi tratamiento”* (Artista)

Siguiendo la línea de quienes brindan apoyo a estos pacientes, nos encontramos con la familia, como uno de los mayores proveedores de contención. Pero no significa que sea un factor en común en todos los casos, algunos expresan como muy importante el apoyo familiar, pero que en su caso no lo tienen. Otros indicaron que anoticiaron a su familia acerca de su estado de salud, y luego se arrepintieron, por recibir rechazo y humillación, a partir de esto.

*“yo tengo una amiga que su mamá se enteró que tenía HIV y lo abandono le dijo ¡te vas de la casa! y la echaron de la casa como perro la botaron a la calle. En la calle pasan cosas feas el día que te pase algo... Eso no se hace, si vos tenés tu hija vos tenés que apoyarlo”*

La actitud que tiene la familia es de fundamental importancia para el equilibrio emocional e influye en el apego al tratamiento antirretroviral de su integrante viviendo con VIH-SIDA. “La familia es el núcleo fundamental de apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial la función de apoyo y protección, sobre todo en el caso de tener un integrante viviendo con VIH - SIDA, ya que puede ejercer un efecto protector y estabilizador frente a determinadas situaciones

conflictivas que influirán en el control y apego al tratamiento. “Además que facilita la adaptación de sus miembros a las nuevas circunstancias en consonancia con el entorno social”<sup>60</sup>

En los casos en que la familia contiene y acompaña, de nuevo, aparece la palabra como aquella que fortalece al paciente para salir adelante y enfrentar el miedo y el rechazo recibido de otros ámbitos.

*“Mi prima, cuando se entera de mis altibajos me animo y me dice ¡vamos, vamos esto no te tiene que vencer!. Y en la palabra hay poder, la palabra tiene poder, es edificante...a veces pienso a quien le interesa que alguien se muera... pero cuando te encuentras con alguien que te dice yo pienso en ti, vas a lograrlo, y sin saber ellos que te da miedo, verla a mi hermana, como ella me apoya...” (Estudiante de medicina)*

*“...tengo una vecina que nos odia, no dice que somos prostitutas, nos dice que nos vayamos la mierda, que nos muramos, ¡yo no le llevó el apunte, no voy a agachar la cabeza no voy a llorar!. Yo lo único que le puedo dar bolilla es a mi familia al resto nada.” (Trabajadora sexual)*

*“...mi hermana, todos los días me manda mensaje me dicen ¿retiraste las pastillas, tomaste las pastillas? y yo vengo a retirar las pastillas y le digo a ella...”*

Otros pacientes no eligieron, o no tuvieron a sus familias para que los acompañen en este proceso, pero si contaron con amistades, que los ayudan a alcanzar una buena adherencia. Con respecto a la etapa de aceptar el diagnóstico, se observó que varias personas atravesaron ataques de pánico, depresión y angustia. Es el caso de un muchacho, estudiante de abogacía, que daba cuenta de la importancia de una familia que sostenga, pero que acudía a un amigo y a su pareja, en quienes encontraba contención.

---

<sup>60</sup> Arés Muzio, Pedro (2002). Psicología de la familia: una aproximación a su estudio. La Habana, Ediciones Félix Varela.

*“cuando recién me enteré de la noticia, me agarraron ataques de pánico y tengo un amigo de confianza que me ayudó en ese sentido y me dio el soporte que necesitaba emocionalmente.”*

*“un amigo, es como un hermano. Quizás no cuentan con un familiar directo quizás por el que te dirán o que te juzguen, pero contamos con amistades”  
(Estudiante de medicina)*

Con respecto a la amistad, algunos nombraron un requisito a cumplir, y es el de presentar la misma condición; vivir con VIH, porque de lo contrario, el entenderse no sería posible. Sostuvieron que la empatía solo se daría si la persona estuviera en la misma situación y hablara un mismo lenguaje, lo cual los llevaría a brindarse ánimo los unos a los otros, en pos de cumplir con el tratamiento.

*"si uno siempre necesita contención y tener a alguien a quien contarle la situación, yo hice un amigo que padece lo mismo que yo y le digo: si no quieres pasar lo que a mí me pasó, de estar internado tómalas, porque te va a pasar lo que me paso a mí. Nos preguntamos che ¿ya tomaste las pastillas? si ya las tomé ¿y vos?..."*

*"... constantemente estamos hablando de cómo estamos en salud, la verdad que me hace falta tener a alguien con quien hablar, pero alguien que padezca lo que yo estoy viviendo, que sepa que es lo que se siente. El tema de psicólogo mucho no me sirve, no sé si se pondrá en mis zapatos, en cambio, si padece lo mismo que yo podemos apoyarnos los unos a los otros" (Prof. de Educación Física)*

Algunos de los participantes señalaron que reconocen la necesidad de contar con un amigo, alguien con quien sincerarse, alguien que les ayude a llevar la carga de vivir con VIH/sida, pero expresaron sentir miedo al rechazo o a perder el control.

Como lo señaló una paciente, muchos han elegido el ocultamiento porque no han encontrado en la familia alguien con el perfil adecuado, para acompañarlos en esta situación. Y es allí es donde surge la propuesta; de que “un amigo es como un hermano”, el amigo como aquel confidente, ante el cual se puede ser vulnerable, y recibir ayuda cuando se la necesite.

#### **METACATEGORIA 4: Aspectos positivos y negativos en la relación con el Hospital Pablo Soria.**

La presente metacategoría, se centra en la interacción de los pacientes con el Hospital Pablo Soria, dirigida en el trato que reciben, en los diferentes sectores que componen la institución; como ser enfermería, vacunatorios, sector estadística, guardia, personal de limpieza, sector farmacia, médicos de cabecera, es decir, todos aquellos con los que las personas tratan, al dirigirse al nosocomio, ya sea para realizar el control de rutina, o por una urgencia que presenta la persona, pudiendo desembocar en una internación hospitalaria.

De acuerdo a datos recabados en el Programa Provincial de VIH/sida<sup>61</sup>, la población de pacientes bajo tratamiento activo en el Hospital Pablo Soria asciende a ochenta y cinco personas (85).

Este análisis fue llevado a cabo a partir de la percepción de los usuarios, lo cual permitió un acercamiento al conjunto de conceptos y actitudes que han construido, a partir de sus expectativas y la satisfacción de sus necesidades.

En las entrevistas efectuadas, se consultó a los pacientes sobre el acceso, la organización del hospital y el trato que reciben, y es a partir de allí que emergieron las siguientes categorías de análisis: **a) Segunda casa** y **b) Medicamentos**.

##### **Primer categoría de análisis: SEGUNDA CASA**

Se encontró muchos pacientes agradecidos con la atención recibida en hospital, sintiéndose cómodos, seguros, tranquilos al recibir una atención “humana”, “cálida” y “cuidadosa”, libre de diferencia o prejuicios. Es así que a varios participantes de la investigación les costó encontrar algo en lo que el hospital tendría que mejorar. Así lo demuestran las siguientes expresiones, las cuales se reiteraron en las distintas entrevistas:

---

<sup>61</sup> Programa Provincial Lucha VIH (2020). Op. Cit.

*“Me parece que en el hospital no hay problema, una vez estuve internado y la atención fue súper profesional, la gente súper calidad, siempre me han dado una mano por más que no me conocen, sabe mi diagnóstico y me han tratado súper bien...me llama la atención que sin conocerte tengan un trato tan cálido” (Artista)*

*"el trato todo bien, siento alivio, aquí yo me recuperé. Cuando estuve mal aquí me atendieron bien, las enfermeras, siento una tranquilidad inmensa. ¡cuando entro acá, es más bien que me siento!" (Albañil)*

*"siento como si fuera una segunda casa" (Ama de casa)*

*“para mi han sido bastante profesionales con mi diagnóstico, y la atención ha sido bien cuidadosa” (Estudiante de abogacía)*

*“Bien, aquí en el hospital público bien. Yo siento que aquí son más sensibles, la doctora es un amor, pero también los enfermeros, los de farmacia te reciben, está bueno que sean así.” (Trabajador en relación de dependencia)*

*“hay una persona que me da un poco de confianza, es una chica que sabía estar en estadísticas, entonces yo la buscaba a ella y ella me daba el turno me había olvidado de ella es una buena persona, siempre me atendió re bien con buena actitud” (Chica trans)*

Pero también se expusieron cuestiones a mejorar en la “casa”. Como ser el trato en el sector estadístico, el amontonamiento de personas, largas filas, y la no disposición de turnos, como lo era antes.

Otra cuestión a mejorar en la segunda casa, fue lo señalado por una persona trans; con respecto a el trato despectivo de algunos médicos hacia las personas trans que arriban al hospital, lo cual era reflejado en comentarios

*“En cuanto a la gente con la que trato en el hospital, me tratan bien antes no se, iba y hablaban entre ellos se reían, ahora ya no me importa, es más yo me río de ellos, pero bien, yo ya pasé por ese tapa punto...a mí no me lo contaron yo lo vi cómo se reían, eso está muy mal, queda mal el hospital la hacen quedar mal así, pero bueno yo lo deje pasar” (Chica trans)*

*“la verdad que hay gente y gente, por suerte me tocaron excelentes personas. tal vez en la parte administrativa no, no hay mucho feeling solo te atienden te piden documento piden papeles y ya...Si tuviera que evaluar el comportamiento del hospital sería un 9 muy bueno, muy bueno.”*

*“Hay chicas que recién se están empezando a hormonear para hacer su cuerpo más femenino y bueno como se hicieron el cambio quieren que las traten así a mí me tratan bien, será porque yo vengo bien vestida no sé porque, hay algunas chicas que recién están haciendo su documento, pero no están bien vestidas femeninamente y creo que las hacen de menos, la tratan como a un masculino es lo que me contaron a mí eso sería bueno que respeten la decisión, son decisiones que tomamos nosotras” (Chica trans)*

En cuanto a la legislación vigente en nuestro país, es importante recordar que las personas que viven con VIH/sida, se encuentran amparadas por diferentes normativas, entre ellas encontramos: Ley de derechos del paciente n°26.529, la cual señala que la asistencia brindada al paciente debe ser digna y respetuosa, resguardando la intimidad y confidencialidad, como así también respetando la autonomía de la voluntad, propiciada por información sanitaria adecuada y posibilitando interconsultas médicas.

Otra de ellas es la Ley Nacional de Sida<sup>62</sup> N° 23.798 que establece lo siguiente: Accesibilidad: Atención integral de la salud médica, farmacológica y psicológica. Respeto a la dignidad humana y no discriminación; “...las disposiciones de la presente ley ... se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda afectar la dignidad de la persona; producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación...” art. 1.

---

<sup>62</sup>Fundación HUESPED (2018). Op. Cit.

## Segunda categoría de análisis: MEDICAMENTOS

En cuanto al retiro de medicamentos<sup>63</sup> por parte de pacientes activos, registrado en el mes de octubre del año 2020, suman un total de mil cuarenta y un pacientes (1.041) en toda la provincia de Jujuy, los cuales están distribuidos entre todos los Hospitales y Centros de Especialidades.

La lucha contra las inequidades constituye el mayor desafío de todos los sistemas de salud. Los esfuerzos para disminuir la inequidad en salud se han focalizado en el acceso a los servicios. El papel del Estado resulta primordial en la protección de un derecho como la salud, y no sólo por las características sociales sino también por las particulares fallas a las que se encontraría sometido el sistema en caso de estar librado a las leyes habituales del mercado.

Más allá de las desigualdades sociales, los pacientes reconocen el beneficio en cuanto a la provisión de los remedios, siendo conscientes del costo y de que por ello, el comprarlo con sus propios recursos está fuera de su alcance. Reconocen la benevolencia de este sistema de salud, y reconocen la dependencia a esta provisión, para continuar viviendo. Otro aspecto en la adquisición de la medicación lo es el compromiso de los doctores en utilizar estrategias, de modo que el paciente no interrumpa su tratamiento, por la falta de medicación.

*“por eso la doctora cuándo inicie el tratamiento me da por adelantado un mes, yo voy con un mes de diferencia como para no quedarme sin medicamento” (Artista)*

*" ...esta bueno que el hospital te ayude por el tema de la gratuidad de la salud y los medicamentos. Los exámenes que te piden son muy costosos, que se mantenga la gratuidad. En mi situación actual tendría que decidir si pago el alquiler, o comprar las cosas en el super o compro la medicación."*

*"...hoy en día no es un cóctel ni hacen experimentos como en los 80, hoy en día al ser menos deberíamos aprovechar, con los estudios sabemos que*

---

<sup>63</sup> Programa Provincial Lucha VIH (2020). Op. Cit.

*estas pastillas por lo menos nos estabilizan y nos mejoran la calidad de vida" (docente)*

*“un poco complicado por la obra social tarda mucho en llegar tarde aproximadamente 20 días en llegarte el medicamento, entonces tengo que tener el cuidado necesario de no quedarme sin medicamento, me entregamos por 2 meses pero igual tarda, yo hago el pedido el 10 de cada mes y me llega el 25 y 26 de cada mes tengo que tener cuidado de que no me que deseo sin medicamento” (Artista)*

Otra información que trae luz al respecto de la provisión de la medicación en nuestro país es la información publicada por la Organización Panamericana de la Salud, en una publicación realizada el primero de diciembre del año 2020, se publicó que se estima que 136 mil personas viven con VIH en Argentina. Entre las personas que conocen su diagnóstico el 67% se atiende en el subsistema público, del que es parte este nosocomio.

Una dificultad en cuanto a disponer a tiempo la medicación es la demora en el trámite llevado a cabo para adquirir la medicación, por medio de una Prepaga, u Obra Social, ya que se indicó una demora aproximada de veinte días, entre la solicitud y la entrega de los medicamentos.

#### **METACATEGORIA 5: Adherencia al tratamiento y Proyecto de Vida**

La siguiente metacategoría aquí representada tiene la finalidad de conocer si los pacientes poseen un proyecto de vida, que les requiera trabajar en su adherencia al tratamiento. Este es visto como un factor de protección que posee la persona, en cuanto el logro de ese proyecto necesita ser sostenido en el “estar bien”, que genera el estar bajo tratamiento activo.

Cuando se menciona al proyecto de vida, diremos que *es aquel que implica un plan trazado en el tiempo, un esquema vital que encaja en el orden de prioridades, valores y expectativas de una persona que como dueña de su destino decide cómo quiere vivir. Este*

*proyecto de vida está vinculado de forma directa con la felicidad, porque lo que de verdad desea el corazón humano es conectar con el gozo de una vida plena*<sup>64</sup>.

En esencia, este proyecto de vida recoge los planes que de verdad suman bienestar a una persona que es consciente de aquello que quiere y lucha por conseguirlo. Y para ello se plantea metas, no importa si se cumple a tal o cual fecha prevista, más tarde o más temprano de lo esperado o pensado oportunamente, lo fundamental es delinarse un proyecto personal porque eso implicará desafío, crecimiento y la mirada puesta hacia adelante, algo que siempre reportará beneficios en el desarrollo personal.

Pero para poder idear un proyecto de vida, previamente existe en el sujeto una percepción de sí mismo, de lo que puede llegar a lograr, de sus capacidades, de sus recursos y limitaciones, del valor de su persona, además puede percibir el valor que le asignan los otros, su familia, sus amigos y los actores del sistema de salud, lo cual afecta sus vivencias, sus experiencias, sus creencias, y aún su valía personal.

A partir de esta metacategoría, y de lo surgido en los discursos, se desarrollaran las siguientes categorías de análisis: **a) Dependencia, b) Compromiso y c) Debilidad.** Haciendo énfasis sobre el sujeto, es decir, sobre su mundo interno.

#### Primer categoría de análisis: DEPENDENCIA

*“...también te condiciona... el tratamiento tenés que tenerlo diario toda tu vida con respeto al proyecto de vida que vos hablas, porque la obra social solamente me da dos meses de medicación... como que yo no puedo decir bueno me voy seis meses a otro lado, o me sale una beca y me voy seis meses o un año a otro lado, ya no lo puedo pensar, o me sale un trabajo en otro lugar y me voy, o quiero probar suerte en otro lado, esas cosas ya dejan de ser posible porque tengo que estar atado al tratamiento” (artista)*

Es importante considerar que las nuevas terapias no se tratan sólo de drogas, de interacciones entre drogas y sus efectos sobre la replicación viral y la situación inmunológica de

---

<sup>64</sup> Cardona-Arias, J. A. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12, 765-776.

las personas que viven con el virus. Estas nuevas tecnologías biomédicas comprometen las perspectivas futuras y reorganizan la experiencia a la vez social y biológica de vivir con el virus por parte de los afectados. En muchos casos las consecuencias adversas<sup>65</sup>, a menudo inesperadas, impactan de manera compleja en las experiencias y las subjetividades.

Algunos pacientes se consideran “atados” al tratamiento, ya que a la hora de escoger a donde ir a trabajar, pensar en cambiar de vida, mudándose a otro país, conseguir una beca por uno o dos años, o especializarse en otro lugar, hasta irse de vacaciones, deben contemplar para ser viable, el disponer del tratamiento, ya que de este depende su salud. Por ende expresaban que el proyecto de vida, a partir de vivir con VIH, debe contemplar este asunto.

*“Al tratamiento hay que verlo como compromiso del que depende tu vida, porque si bien pueden sentirse bien la ven lejana a la muerte, y el tema del tratamiento es adelantarse al tiempo es tomar hoy, para mañana estar ya totalmente indetectable y ser intransmisible. Lo veo como obligatorio” (estudiante de abogacía)*

Un estudio sobre Proyecto de vida en pacientes con VIH/sida que presentan inadecuada adherencia terapéutica llevado a cabo en Cuba, durante el año 2018 concluyó lo siguiente: *“en cuanto a los proyectos, existe mayor tendencia a aquellos de vida heterónomos y realistas, potencial, desajustado y de estancamiento. Se concluye que los pacientes se caracterizan por presentar un proyecto de vida con tendencia a ser estancado, potencialmente involutivo, apreciándose además un sentido de vida patológico, al no expresar contenidos de sentido, reflejar desconsuelo, desesperación y vacío interior, destacándose la marcada frustración existencial”<sup>66</sup>.*

## Segunda categoría de análisis: COMPROMISO

El compromiso será definido como una obligación contraída por una persona que se compromete o es comprometida a algo.

---

<sup>65</sup> Vilató Frómeta, L., Martín Alfonso, L., & Pérez Nariño, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41.

<sup>66</sup> Massiel Molina, Triana. (2018) Proyecto de vida en pacientes con VIH/sida que presentan inadecuada adherencia terapéutica. Avances y retos en la promoción de salud, la prevención y el control de enfermedades. *Cuba Salud*. 1(3):30-39.

En cuanto a este aspecto, el compromiso es considerando como una fortaleza en la persona, ya que es determinante para el logro de la adherencia al tratamiento. Este compromiso refleja el valor otorgado a la vida propia, también da cuenta de una buena autoestima, ya que este tratamiento implica el sentirse bien, el cuidarse, el tomar decisiones que lleven a resguardar la salud física, como emocional.

*“si uno tiene mucha fuerza de carácter, decir esto no me va a tirar no me va a vencer... Mi sueño sería ya no tener más esto, llevarlo a un nivel bajo o encapsular sería lo ideal, decir no perjudico a otros. Y la verdad si lo e pensado dejar la medicación. Agradezco al Señor por aquellos que lo han revertido o han podido aminorar al punto de decir no tengo poco o nada, a eso aspiro a eso muchas veces me esforcé, pero aún el cuerpo no lo consigue, espero que sea muy pronto.” (Estudiante de medicina)*

*“¿El compromiso que requiere el tratamiento?. Este me da la vida. compromiso de tomar las pastillas, sino no estaría acá en el sector, conversando con usted”. (padre de familia)*

*“...por cierto tipo de problemas me cuesta la retención en mi memoria, me cuesta la asimilación, me cuesta dormir, no puedo dormir. Tengo mucho sueño y expectativas en la vida, y la estoy peleando para seguir continuando” (Estudiante de medicina)*

*“Vos podes tener 30 años y vivir hasta los 60, 70 años con el tratamiento. Yo no me quiero morir, yo quiero seguir viva, yo no me voy a morir, Yo voy a seguir luchando por la enfermedad hasta que diga basta..” (chica trans)*

En el relato del estudiante de abogacía se ve reflejado los proyectos, compartidos con su pareja, y en más de una vez señaló que si bien entendía y cumplió desde un comienzo con la toma de la medicación como también con los cuidados necesarios, no consideraba a la toma de las pastillas como algo eterno, ya que tenía los ojos puesto en el avance de la ciencia, lo cual lo mantenía en una actitud positiva.

*"¡si! yo creo que uno tiene que hacerlo religiosamente ...eh ( suspira)si recibirme. Estudió abogacía, con mi pareja queremos negocio viajar, hijos ¡me encantaría tener hijos! y vivir muchos años plenos. Es un compromiso, y todos los días tomarla...pero como te digo, es algo que no lo vea eterno, sino temporal y de ahí dar un salto cuántico, Dios quiera el día de mañana, para llegar a una inyección al año" (Estudiante de abogacía)*

Para que la persona asuma un compromiso con el tratamiento es necesario que posea un entendimiento del porque es necesario estar bajo tratamiento, y de cuáles son los alcances y garantías del mismo. Esto permitirá a la persona el poner en balanza los sacrificios que deberá realizar, o nuevos hábitos a incorporar, como aquellos a abandonar, y a su vez visualizar los beneficios que obtendrá a raíz de ello.

### Tercer categoría de análisis: DEBILIDAD

Debilidad<sup>67</sup> es la cualidad de débil, es sinónimo de agotamiento, extenuación, flaqueza, decaimiento, desfallecimiento, por lo que muestra a un ser humano sin fuerza, débil, dominado y sin energía. La debilidad también caracteriza el carácter de una persona, que se muestra dominado o sin poder de decisión. Una persona puede convertirse en un ser débil, a partir de atravesar por ciertas circunstancias o eventos, produciendo una crisis emocional.

En cuanto a la debilidad, consideramos dentro de ella a la frustración. Nos referimos a ello, debido a que cuando los pacientes experimentan frustración, sus deseos de seguir luchando, y mantener su salud cesan, lo cual los lleva a abandonar su tratamiento.

La frustración no les permite proyectarse, o ven que su proyecto es inviable, lo cual es sumamente desalentador. A muchos la presencia del VIH en sus vidas trajo cambios rotundos, limitando alguna de sus capacidades, o desmontando proyectos.

Otros como lo comenta este Artista, simplemente han dicho “basta, hasta aquí llegué”, tomaron el control de su vida, escogiendo el dejar de luchar.

---

<sup>67</sup> González, A. F. L., López, T. M. T., & Beltrán, C. A. (2008). Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(2).

*“...y la doctora se asustó y me dijo ¿cuánto tiempo te vas? porque la obra social no te va a dar más de dos meses (entrega de medicación), a lo sumo te dará para tres meses, ¡pero no te puede dar más! Entonces, yo dije ah no, no puedo ir a ningún lado... Creo que tiene que ver con una fortaleza porque hay personas que no tienen fortaleza de sobrellevar esto, y la frustración está siempre de querer y no poder entonces por ahí llegan a decir: bueno hasta acá, no quiero más esta vida, no quiero más vivir así, bueno tal vez dejan el tratamiento.” (artista)*

La frustración viene cuando uno se encuentra con barreras, que aún no puede superar, como lo es la afección de la salud por las Enfermedades Oportunistas, como por ejemplo el provocado por un tumor en el cerebro, o la pérdida de la memoria, necesaria para “estudiar y recibirse de Doctora”. Muchos, han pasado por frustraciones, pero han podido recuperarse, decidiendo por nuevos proyectos, acorde a sus posibilidades, y se han propuesto valorar la vida en sus detalles más simples.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos de las entrevistas y las encuestas a pacientes ambulatorios que viven con VIH/sida, del Hospital Pablo Soria, de la Provincia de Jujuy aportaron elementos sustanciales que permiten conocer aspectos importantes sobre la adherencia al tratamiento.

De acuerdo a lo reflejado en el Gráfico 4, se pudo determinar que el 86,65% de los pacientes ambulatorios del Hospital Pablo Soria pasaron por episodios de Depresión. Este resultado acuerda con los obtenidos en la categoría analizada “depresión”, según los dichos de los autores, en la que se confirma a la depresión como el emergente en distintos momentos del tratamiento, en su gran mayoría, al recibir el diagnóstico y hasta la aceptación del mismo. Otros a partir de padecer los efectos secundarios de la medicación y algunos al vivenciar que sus Proyecciones debían ser replanteadas por depender de un tratamiento.

Con respecto a la adherencia al tratamiento, en el Gráfico 5 con respecto al tiempo de permanencia en el tratamiento se concluye que el 100% de los participantes declaró estar bajo tratamiento, pero en varios casos esta adherencia implicó alternancia de períodos de abandono y reinicio del tratamiento, un 9,7% declaró el haber abandonado el tratamiento en algún momento.

Para comprender la alternancia, de abandono y retorno al tratamiento tomaremos lo expuesto por Pichón-Riviere<sup>68</sup> el cual nos aporta una visión sobre la salud mental, la cual consiste en un Proceso Salud-Enfermedad, ambos están interconectados y relacionados como pareja. En cuanto a la etimología de la palabra proceso, encontramos que el mismo significa avance, marcha, desarrollo, y el verbo del que deriva, proceder, alude a andar, caminar, retirarse, ceder.

Esto quiere decir que las personas no pasan de la salud a la enfermedad de manera lineal, como si se saltara de un escalón a otro, sino que implica un camino a recorrer, abarcando una identidad, los valores familiares, la autoestima, la voluntad, las prácticas o hábitos, pudiendo ser estos culturales.

En cuanto al tiempo bajo tratamiento, las voces de los autores en su gran mayoría expresaron una adherencia de años al tratamiento, en cuanto a los resultados cuantitativos

---

<sup>68</sup> Quiroga, Ana (1986). Enfoques y Perspectivas en Psicología Social. Desarrollado a partir del pensamiento de Enrique Pichón-Riviere. Buenos Aires. Ediciones Cinco.

reflejados en el Grafico 5 confirmaron al respecto en cuanto el 77,4% indicó llevar años bajo tratamiento.

En cuanto a los motivos por los cuales las personas abandonaban su tratamiento, sobresalió en el discurso de los actores tres causantes: El primero se debía a la depresión, de la cual ya hicimos referencia. El segundo aspecto al malestar que producían los efectos secundarios y la incapacidad que ello producía para llevar adelante los compromisos y obligaciones de la vida cotidiana, lo cual por lo general se producía al suministrar la medicación los primeros meses. El tercer motivo de abandono fue la dificultad para conseguir turno con el fin de ser atendido por el medico infectólogo, debido al largo proceso burocrático implementado, en el último año, el cual duraba de treinta a cuarenta días de espera, y por ende, el no conseguir la receta para retirar los remedios.

En cuanto a este punto, los resultados cuantitativos reflejados en el Gráfico 6 sobre los Motivo del abandono al tratamiento, concuerdan con los obtenidos de los resultados cualitativos, ya que arrojan la siguiente información; las elecciones más sobresalientes para explicar el abandono fueron, en un 23,53% que los remedios les producían malestar físico, en un 11,76% las respuestas indicaban que al sentirse bien, no creían necesitar la medicación, por lo cual la dejaban de tomar.

En cuanto a este resultado cuantitativo, sobre “sentirse bien y creer no necesitar la medicación” fue ampliado en las entrevistas en las cuales las voces de los autores explicaban, que muchos sabían que tenían el VIH, pero se sentían bien, y sumado a una falta de aceptación del diagnóstico abandonaban la medicación. Otro en cambio vivenciaban sentirse bien, tomando la medicación, al punto de dudar, sobre si era necesario seguir tomando la los remedios.

En cambio, en el mismo Gráfico (6) también se puede observar que otro porcentaje de pacientes, representado en un 11,76% declaró en las encuestas el haber abandonado a raíz de entrar en depresión. Otro 11,76% de los pacientes concurrentes al Hospital Pablo Soria, señaló el haber discontinuado el tratamiento, por no conseguir turno para su atención de rutina con sus médicos de cabecera.

En cuanto a este último motivo, de no haber conseguido turno para la atención, los resultados cualitativos coinciden con ello y amplían sobre esta problemática, ya que en las voces de los autores, cuando se les consultó sobre que cuestiones son necesarias cambiar o

mejorar en el hospital Pablo Soria, en su gran mayoría requirieron que se cambiara el sistema de asignación de turnos, por ser tedioso, e ineficaz, teniendo una demora de 20 a 45 días para el otorgamiento de un turno.

Además, en los resultados cualitativos se encontró al respecto, de que sería bueno disponer en el mismo hospital, la posibilidad de hacer los exámenes, de conteo, tanto de los glóbulos blancos que combaten las infecciones (llamados CD4) y como de la carga viral<sup>69</sup>, y otras interconsultas según sea necesario, para no perder días de trabajo y reducir el gasto económico en transporte.

Con respecto a la atención integral, de los pacientes que viven con VIH/sida, se hará referencia a los servicios integrales, brindados por una organización internacional, sin fines de lucro, con sede en Los Ángeles fundada en 1987 que brinda atención médica a las personas que viven con el VIH/sida o están afectadas por él. La misma se denomina AIDS Healthcare Foundation (AHF)<sup>70</sup>, esta brinda una atención óptimo según lo requerido por los pacientes ambulatorios del Hospital Pablo Soria.

Los servicios de esta institución ofrecen los procedimientos de prueba más precisos y las terapias más avanzadas disponibles, por medio de atención personalizada y de vanguardia a pacientes con VIH/sida u otras deficiencias inmunológicas. Se utiliza un modelo de atención denominado “ventanilla única” el cual brinda a los pacientes todos los servicios que necesitan bajo un mismo techo, debido a que todas sus instalaciones brindan atención médica de alta calidad, independientemente de la capacidad de pago de una persona.

Con respecto a cómo se sienten las personas, en el Gráfico 7 sobre la comunicación del estado, se encontró que un 64,5% de los pacientes había compartido con alguien su estado, mientras que un 35,5% había decidido ocultarlo. Al respecto se logró profundizar en las entrevistas, sobre el motivo por el cual los pacientes decidieron ocultar su estado y designar al Profesional de la Salud como su persona de confianza, y quien guardara el secreto. En esta categoría de análisis se pudo visualizar que los resultados cualitativos coinciden con los

---

<sup>69</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Vivir en positivo, guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos. Área de Prevención de la Dirección de Sida y ETS. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07\\_guia](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07_guia).

<sup>70</sup> Rivas Zelada, Á. T. (2019). Estrategias de comunicación de la ONG AHF para la prevención del VIH en los jóvenes universitarios de la ciudad de Chiclayo, Perú.

resultados cuantitativos, y no solo eso, sino que las voces de los autores profundizan el conocimiento sobre esta decisión, en cuanto se pudo conocer el motivo del porque el 35,5 % de los pacientes decidió ocultar su estado.

Al respecto, se encontró que las personas contaban con familiares y amigos que conocían la situación del paciente y les brindaban apoyo, pero había otros que habían decidido ocultarlo. Algunos de los motivos expuestos por las voces de los autores fueron por atravesar por malas experiencias, tanto con la familia, en tanto a partir de la toma de conocimiento, comenzaron a tomar distancias y a impedir la cercanía a los demás miembros de la familia, como ser nietos o sobrinos, o a utilizar palabras hirientes con respecto a esto, en las discusiones.

Cuando los miembros de la familia se enteran de que uno de sus miembros ha contraído el VIH, pueden experimentar una amplia gama de reacciones, como angustia, miedo, ira, tristeza, depresión o desesperanza. . Como ocurre con el paciente, la reacción inicial de los familiares es influida por esta asociación del VIH/SIDA a la muerte y aspectos morales, o como menciona Sontag<sup>71</sup>, la posibilidad tanto de una muerte física como social.

Siguiendo con esta categoría de análisis, se visualiza una coincidencia entre los resultados cuantitativos y cualitativos, ya que si bien los pacientes entrevistados expresaron, a la familia como aquella de la cual sería óptimo el apoyo, la realidad expuesta en los relatos, demuestra, que esto no siempre es así.

Sobre este punto, es interesante ver que los resultados cuantitativos observados en el Gráfico 11 Recepción de apoyo durante el tratamiento, acuerdan con los obtenidos en esta categoría de análisis, en cuanto nos dicen que, un 87,1% declaró recibir apoyo, para llevar adelante su tratamiento. Pero, en cuanto a la procedencia del apoyo se encontró en el Gráfico 12 sobre la procedencia del apoyo para adherir al tratamiento que solo en un 29,1% de los participantes la familia fue declarada como la proveedora, y en segundo lugar, por un 27,3% el Personal de la Salud.

Cuando los miembros de la familia se enteran de que uno de sus miembros ha contraído el VIH, pueden experimentar una amplia gama de reacciones, como angustia, miedo, ira, tristeza,

---

<sup>71</sup> Sontag, S. (1989). El SIDA y sus metáforas. Barcelona: Muchnik.

depresión o desesperanza. . Como ocurre con el paciente, la reacción inicial de los familiares es influida por esta asociación del VIH/SIDA a la muerte y aspectos morales, o como menciona Sontag, la posibilidad tanto de una muerte física como social<sup>72</sup>.

En cuanto al Personal de Salud, es importante destacar en las voces de los autores la confianza que los pacientes expresaron tenerle a su doctora de cabecera, reconociendo en ella su conocimiento, pero además su compromiso con la salud de los pacientes, siendo a ella a quien recurren cuando tienen alguna duda o problema, en cuanto a su salud o tratamiento.

Con respecto a lo visualizado en el Gráfico 8 Motivos por los cuales se ocultó el convivir con Vih. Entre los motivos de porque los pacientes habían decidido mantener en secreto su estado, los resultados cuantitativos demuestran que en un 37,5% lo fue el no querer ser rechazado rechazo, en un 25% el temor, y en un 20,8% el haber escuchado como tratan a las personas con VIH/sida.

En cuanto a este punto el resultado cuantitativo acuerda nuevamente con las voces de los autores, visualizando como representativa, una entrevista realizada a una trabajadora sexual, la cual comentaba de cómo sus vecinas les gritaba insultos, por vivir con VIH/sida y además les deseaban la muerte. Al respecto, el Gráfico 9 Sobre la discriminación, se deja por sentado que los siguientes resultados cuantitativos confirman lo emergente en las entrevistas, ya que un 58% de los pacientes se sintió discriminado en algún momento y el 36% no percibió ser discriminado.

Hoffman<sup>73</sup>, sostiene que “el miedo al rechazo resulta confirmado en numerosas ocasiones”. De esta manera, la enfermedad se calla por una sensación de vergüenza, el miedo al rechazo y a la estigmatización hacia las personas afectadas por el virus que tiene que ver con la creencia de que es una enfermedad de transmisión sexual frecuente en los homosexuales o en personas promiscuas, poblaciones a las que se les señala y rechaza.

En cuanto al modo de discriminación, se encontró también coincidencia entre los resultados cuantitativos y cualitativos. En cuanto a los resultados cuantitativos representados mediante el Gráfico 10 Modos de discriminación, se visualizó que el uso de palabras fue el definido como el mayor medio utilizado para discriminar, con un porcentaje del 46,7%. En

---

<sup>73</sup> Hoffman, Mary Ann (1996): Counseling clients with HIV disease, New York, Guilford

cuanto a ello, las voces de los autores demostraron que las palabras tienen gran influencia en los sujetos. Algunas de las frases expuestas al respecto en las entrevistas fueron “tenés sida, entonces te quedan dos años de vida”, “que discuto con vos, si ya te vas a morir”, “vos te la buscaste”, “con cuantos habré estado...”, “a ustedes no habría que darles nada”, refiriéndose a una pensión solicitada.

Por otro lado, en los resultados cualitativos emergió en las voces de los autores que las palabras positivas de las personas significativas o allegadas a los pacientes (pudiendo pertenecer a familiares, doctora, amigos, pareja, es decir, personas que acompañen), volvían resistentes a los pacientes, fortaleciéndolos para continuar con su tratamiento y proyecto de vida. Como lo fue en la trabajadora sexual, que ante tal situación su fortaleza fueron los dichos y pensamientos de su familia, acerca de ella y el amor que le brindaban.

Según las entrevistas, las palabras de las personas que han cumplido el rol de pilar, de sostén perduran, como una marca, en la mente de los pacientes, aun cuando esa persona de apoyo ya no está presente, por alguna razón como la muerte. Es la que anima a seguir apostando a la vida, y por ende a decidir cuidar de la salud, por medio de la buena adherencia al tratamiento.

En los resultados cualitativos emergió, que todos admitían la necesidad de tener una persona significativa. Cuando se les consultó en la entrevista sobre qué es lo que esperan de esas personas, las respuestas rondaron por acompañamiento, escucha y demostración afectiva.

En esta categoría de análisis sobre “el apoyo” recibido, los resultados cuantitativos representados en los Gráfico 11 y 13, sobre la recepción de apoyo y la consistencia del mismo, durante el tratamiento. En este resultado las personas que declararon recibir apoyo de algún tipo, lo cual representó al 87,1% de los pacientes encuestados, declaró que la consistencia del apoyo que recibían era en un 55,8% la escucha/consejo, y en un 39,5% acompañamiento, solo un 4,7% de los pacientes admitió recibir mercadería o dinero.

Los resultados anteriores, sobre la consistencia del apoyo recibido concuerdan con lo expresado por las voces de los autores ya que la mayoría expresó que en esa persona de apoyo buscaban y esperaban el acompañamiento, la escucha, el consejo, y demostraciones afectivas.

En cuanto al acompañamiento, el mismo fue ampliado en los resultados cualitativos, por medio de las voces de los autores, declarando que el mismo, era percibido por medio de llamadas telefónicas, mensajes al celular, también admitían recibir mensajes de aliento, algunos de modo diario, otros ocasionalmente. Otros eran acompañados fielmente por su pareja o algún familiar directo, a la hora de la consulta médica, algunos exponían tenían mayor apertura hacia aquellos que como ellos, convivían con VIH/sida, ya que les posibilitaba hablar un mismo idioma y propiciaba la empatía.

## CONCLUSIONES

Cómo conclusión de la investigación triangular, se concluirá respondiendo a los interrogantes que se hicieron en una primera instancia.

Con respecto a cuales son las dificultades que tienen las personas que viven con VIH/sida para mantener en el tiempo del tratamiento se reconoce los malestares físicos, producto de los efectos secundarios de la medicación suministrada. Otra dificultad encontrada son los episodios depresivos que deben enfrentar y superar, y por último la complicación para conseguir un turno para ser atendido en el hospital, del cual depende conseguir los medicamentos.

Las personas bajo tratamiento en su mayoría, expresaron sentirse bien, ya que el tratamiento ha superado las expectativas que tenían al principio. Se aclara que, si bien en primera instancia tuvieron que pasar por malestares físicos como mareo, dolores de cabeza diarrea, entre otros, estos han quedado en el olvido, ello fue producto de la asimilación del organismo o el cambio de medicación por otra que minimice estos efectos. Una vez que se ha podido encontrar la medicación, que mejor se ajusta a la persona, esta puede continuar su rutina con normalidad.

Con respecto a los aspectos positivos y aspectos negativos que perciben a la hora de relacionarse con el hospital Pablo Soria y las diferentes sectores que lo componen las personas se demostraron agradecidas y satisfechas, muchos nombraron al hospital Pablo Soria como su segunda casa en la que se sienten seguros en las que son atendidos con mucha profesionalidad y en la que no se los discrimina.

Algunos, una minoría, dijeron que con respecto a las mujeres trans han sido discriminada por algunos profesionales médicos ya que están vestidas de mujer, pero se las trata como varón, haciendo algunos comentarios percibidos como discriminación, como falta de respeto y aceptación a la decisión de la persona trans.

En cuanto a los aspectos positivos muchas personas han encontrado la contención en los Profesionales de la Salud que los atienden como ser, médico de cabecera o enfermera. Con ellos mantienen el secreto con respecto a su estado serológico de vivir con VIH/sida.

Muchos de los pacientes reconocen la benevolencia del sistema de salud, en cuanto a la gratuidad de la medicación, es el hospital el que les brinda la medicación lo cual es reconocido por muchas de las personas, en cuanto visualizan que si fuera por su capacidad adquisitiva no podrían seguir el tratamiento, ya que tendrían que escoger entre alimentarse, pagar el alquiler o compra la medicación.

Ampliando la línea con respecto al abandono, se encontró que los motivos para que una persona decida retomar su tratamiento se reflejan en tres cuestiones que las motivaron a ello; el primero motivo para retomar el tratamiento lo fueron las Enfermedades Oportunistas, en cuánto la persona comienza a sufrir por todo lo que implica una enfermedad y la mortalidad que presenta la misma, ante una situación en la que el organismo no tiene con que defenderse, y es así que les resulta indispensables recuperarse, o sea, las personas tienen miedo “caretean” con la muerte, lo cual hace que busquen retomar y asumir un compromiso con el tratamiento.

Otra de los motivos que los pacientes describían con respecto a retomar el tratamiento, era la necesidad de trabajar en cuanto muchos vivían de los ingresos que tenían, eran padres de familia, trabajadores independientes, o trabajadores precarizados, que realmente necesitaban sentirse bien para poder reincorporarse a la vida laboral y suplir sus necesidades y los de su familia.

Otro factor que fue expuesto como lo necesario, para que una persona regrese al tratamiento fue el contar con el apoyo oportuno, en especial, en aquellas personas que se encuentran en un estado de vulneración, ya sea porque vivan en la calle, porque tengan problemas de consumo, por presentar algún tipo de adicción, sean trabajadoras sexuales o, en otros casos, que la persona se encuentra en un estado de depresión. Es importante el acompañamiento, reflejado en acciones como el que otra persona pueda motivar y acompañar al médico, consultarle sobre cómo va llevando su tratamiento, sí retiro la medicación, entre otros, acompañando de manera regular.

El profesional médico tiene la capacidad de influenciar en las personas hacia una buena adherencia al tratamiento. Haciendo hincapié, en la toma de la medicación, la adquisición de hábitos saludables y abandono de aquellos hábitos que lo ponen en riesgo. No solo se ocupa de lo fisiológico, sino que escucha lo que el paciente tiene para decirle y los aconseja.

En cuanto al proyecto de vida, todos los participantes reconocían a la adherencia como necesaria para poder enfocarse en lograr los objetivos o sueños. En las encuestas se encontró que un 31,8% señaló su valor, por posibilitar la recuperación de las defensas, entre tanto, otro de los motivos señalados fue la posibilidad de alcanzar una carga viral indetectable y por ende, no transmitir el virus a otros 24,7%. En tercer lugar, el 21,2% de los encuestados, reconoció que estar bajo tratamiento activo, protege de posibles Enfermedades Oportunistas. Se reconoció como una fortaleza el compromiso que los pacientes expresaban tener, basado en el reconocimiento del tratamiento como determinante en la prolongación de sus vidas.

En cuanto al proyecto de vida, otra cuestión que fue expuesta como frustrante, en alguno de los pacientes fue reconocerse dependiente del tratamiento, lo cual en algunos pacientes fue expuesto como una gran limitación a los proyectos, teniendo que ajustarlos, modificarlos, y en algunos casos, renunciar a ellos.

Un punto de partida para una próxima investigación, es el profundizar acerca del ejercicio de la sexualidad de los pacientes que viven con VIH/sida. En las encuestas fue encontrado que, el 9,7% no mantiene relaciones sexuales de tipo vaginal o anal. El 29% no practica relaciones sexuales de tipo oral. Dichos pacientes a pesar de declarar una carga viral indetectable, producto de una buena adherencia al tratamiento, parecían haber bloqueado la satisfacción de sus necesidades sexuales, y aparentaban estar en estados depresivos.

Otra de las cuestiones sobre las cuales es necesario trabajar desde la Educación para la Salud, es prevenir el arribo al estadio sida en estos pacientes, en cuanto, el conocimiento sobre los modos de transmisión y reinfección del VIH, no es completo, o es errado.

## BIBLIOGRAFIA

Aranda, Carolina y Pando M., Manuel (2013). Conceptualización del Apoyo Social y las Redes de Apoyo Social. Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara, México.

Arés Muzio, Pedro (2002). Psicología de la familia: una aproximación a su estudio. La Habana, Ediciones Félix Varela.

Cardona-Arias, J. A. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12, 765-776.

Carter, Michel (2010). Efectos secundarios. Programa de Prevención del VIH. Ediciones Pan-London del NHS. Reino Unido.

Cernuda, JC (1999). Estrategias de investigación exploratoria con información de encuestas. En: Nuevas Propuestas. Revista n°26. Universidad Católica de Santiago del Estero.

Chalmers, A (1982). ¿Qué es esa cosa llamada Ciencia?. Editorial Siglo XXI. Madrid, España.

Cieza, Fernanda y colaboradores (2014). Psicología social: una herramienta para pensar, sentir y actuar. San Salvador de Jujuy: Universidad Nacional de Jujuy. Argentina. 1° edición. EdiUnju.

Diario El Tribuno de Jujuy (2018). 265 casos de VIH-Sida. Disponible en: <https://www.tribuno.com/vih-sida>.

El Expreso (2021). En el hospital Pablo Soria, la gente no sabe cómo obtener un turno por falta de información. Edición Jujuy. Disponible en: <https://elexpresodejujuy.com.ar/contenido/3368>.

Estadísticas Hospitalaria (2016). Definiciones y conceptos estadísticos. Ministerio de Salud, Gobierno de Jujuy. Pág. 8.

Frómeta, L.V., Libertad, M. A. y Pérez N. I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 41(4):620-630.

Frómeta, L.V., Libertad, M. A. y Pérez N. I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 41(4):620-630.

Fundación HUESPED (2018). Leyes. Disponible en. <https://www.huesped.org.ar/materiales/leyes/>

Fundación HUESPED (2018). Leyes. Disponible en. <https://www.huesped.org.ar/materiales/leyes>.

Fundación Huésped (2019). Prevención ciencia derechos. Ponete la cinta. Firma para terminar con el VIH. Disponible en: <https://asociate.huesped.org.ar>.

Gastó, C. y Navarro, V. (2007). La Depresión. Guía Interactiva para Pacientes con Enfermedades de larga duración. Hospital Clínico de Barcelona. Editorial Fundación BBVA. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>.

González, A. F. L., López, T. M. T., y Beltrán, C. A. (2008). Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(2).

González, Leonardo Fabio (2007). Uso del preservativo y su importancia en la prevención del VIH/SIDA en mujeres. Servicio de Infectología y Enfermedades Tropicales Hospital San Roque. Trabajo Final de Grado. Universidad Nacional de Jujuy. Facultad de Humanidades y Cs. Sociales. Departamento de Ciencias de la Salud. Jujuy, Argentina.

Hernández Sampieri, R. y colaboradores (2014). Metodología de la investigación. D.F. México. Editorial. McGraw-Hill / Interamericana Editores.

Hoffman, Mary Ann (1996): Counseling clients with HIV disease, New York, Guilford.

Itzel Gutiérrez, G. y colaboradores (2019). Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/Sida. *Revista Chilena de Infectología*. 36(3):15-23.

Lamotte Castillo, J. A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *Medisan*, 18(7):993-1013.

Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, 26(1):53-69.

Massiel Molina, Triana. (2018) Proyecto de vida en pacientes con VIH/sida que presentan inadecuada adherencia terapéutica. Avances y retos en la promoción de salud, la prevención y el control de enfermedades. *Cuba Salud*. 1(3):30-39.

Massiel, María Teresa (2017). Proyecto de vida en pacientes con VIH/sida que presentan inadecuada adherencia terapéutica. *Cuba Salud 2018*, 2(1):13-22.

Médicos Sin Fronteras (2019). VIH SIDA. Disponible en: <https://www.msf.org/ardades/vihsida?gclid>.

Ministerio de Salud (2009). El Hospital Pablo Soria. Cartas de Servicios. Disponible en: <http://jujuy.gob.ar/wp-content/uploads/sites/14/2018/09/CS-HOSPITAL-PABLO-SORIA.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2016). Vivir en positivo, guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos. Área de Prevención de la Dirección de Sida y ETS. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07\\_guia](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07_guia).

Ministerio de Salud de la Nación (2016). Vivir en positivo, guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos. Área de Prevención de la Dirección de Sida y ETS. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07\\_guia](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07_guia).

Ministerio de Salud de la Nación (2016). Vivir en positivo, guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos. Área de Prevención de la Dirección de Sida y ETS. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07\\_guia](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000859cnt-2016-07_guia).

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Cuidar de mí, es cuidar de ti. Guía de prevención secundaria para personas que viven con VIH-SIDA. Proyecto Novena Ronda Fondo Mundial, Cap. 7.

Ministerio de Salud, Gobierno de Jujuy (2018). Plan Estratégico de Salud. Disponible en: <http://salud.jujuy.gob.ar/wp-content/uploads/sites/14/2018/02>.

OMS (2017). Depresión. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es>.

ONUSIDA (2018). La salud pública y la supresión de la carga vírica del VIH. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july>.

Organización Mundial de la Salud (2015). ¿Qué es un sistema de salud?. Pregunta al experto. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2015). ¿Qué es un sistema de salud?. Pregunta al experto. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/28/es>.

Paleari, Antonio (1992). Jujuy Diccionario General, tomo XI. Editado por el Gobierno de la Provincia de Jujuy.

Prado Matamoro, A. M., Mazacón Mora, M. C., Estrada Concha, T. I. (2019). Factores favorecedores de la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV), de los

autocuidados y hábitos de alimentación saludables de las personas con VIH/SIDA. *Universidad Ciencia y Tecnología*,2(2):150-156.

Programa Provincial Lucha VIH (2020). Síntesis sobre los datos epidemiológicos sobre VIH/Sida, provincia de Jujuy. Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy.

Programa Provincial Lucha VIH (2020); Síntesis sobre los datos epidemiológicos sobre VIH/Sida, provincia de Jujuy, ubicado en calle Alberdi n°219 de San Salvador de Jujuy. Bajo la jefatura del Dr. Raúl O. Román.

Quiroga, A. (1998). Crisis, Procesos Sociales, Sujeto y Grupo. Desarrollos en Psicología Social a partir del pensamiento de Enrique Pichón-Rivière. Buenos Aires: Ediciones Cinco.

Quiroga, Ana (1986). Enfoques y Perspectivas en Psicología Social. Desarrollado a partir del pensamiento de Enrique Pichón-Rivière. Buenos Aires. Ediciones Cinco.

Quiroga, Ana y Josefina Racedo (1988). Crítica de la vida cotidiana. Ediciones Cinco. Buenos Aires.

Raffo, Pilar (2015). Acompañamiento Psicológico y Terapia Psicológica. Proyecto de atención integral a víctimas de tortura del IIDH. Recuperado el 24 de Octubre del 2015.

Restrepo-Pineda, J. E. (2016). Análisis comparativo de las percepciones sobre el VIH/SIDA de varones homosexuales y bisexuales colombianos, con experiencia migratoria o sin la misma. *Revista de Salud Pública*,18, 13-25.

Rivas Zelada, Á. T. (2019). Estrategias de comunicación de la ONG AHF para la prevención del VIH en los jóvenes universitarios de la ciudad de Chiclayo, Perú.

Rodero Sánchez, Virtudes, Vives Relats, Carme, Acebedo Urdiales, Sagrario, y Ferré Grau, Carme. (2010). Sobre los saberes culturales y el fenómeno "sentirse bien-sentirse mal". *Index de Enfermería*, 19(2-3):97-100.

Rodríguez, M. M., y Díaz, N. V. (2006). Las dificultades de sentir: el rol de las emociones en la estigmatización del VIH/SIDA. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 7 (4) (pp. 2-33).

Roldán, Martín y Soberbio, Florencia (2016). Adherencia al tratamiento con antirretrovirales en la red argentina de jóvenes y adolescentes positivos. Trabajo Final de Grado de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Católica de Córdoba.

Roldán, Martín y Soberbio, Florencia. (2016). Adherencia al tratamiento con antirretrovirales en la red argentina de jóvenes y adolescentes positivos. Trabajo Final de Grado de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Católica de Córdoba.

Sierra Bravo, R. (1998). Técnicas de investigación social. Madrid, España. Editorial Paraninfo.

Sirvent, M.T. (1995). El Proceso de Investigación, las dimensiones de la Metodología y la Construcción del dato científico. Ficha de Cátedra Investigación I y Estadística II. Universidad Nacional del Litoral.

Sontag, S. (1989). El SIDA y sus metáforas. Barcelona: Muchnik.

Souza Minayo, M.C. (1997). El desafío del conocimiento: la investigación cualitativa en salud. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina.

Teruel, Ana; Lagos, Marcelo: (2006) Jujuy en la Historia. De la colonia al siglo XX, Ed. Universidad Nacional de Jujuy. Jujuy.

Triviños, A. (1998). Introducao á pesquisa em ciencias sociais. Sao Paulo, Brazil. Editorial Atlas.

Varela, María; Arévalo, Paula A. y Hoyos Hernández (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev. Salud Pública*. 17(4):39-46.

Vilató Frómeta, L., Martín Alfonso, L., y Pérez Nariño, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE CS. DE LA SALUD**

**Proyecto de intervención comunitaria**

***“ACOMPANADO SE TRANSITA MEJOR”***

**CONSULTORIO AMBULATORIO DE VIH/SIDA,  
DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL  
PABLO SORIA.**

**Institución Destinataria: Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy**

**Responsable: Ayala Molina, Tania I.**

**AÑO 2021**

## INTRODUCCION

La situación mundial con respecto a la pandemia del VIH/Sida, demuestran que es necesario continuar trabajando en la lucha contra esta afección, en búsqueda de respuestas más acertadas, para reducir la cantidad de nuevos infectados por el VIH, pero además estrategias de prevención sobre aquellos que están viviendo con el VIH, con el fin de impedir un arribo al estadio Sida, o si se encontraran allí, brindarles la posibilidad de que puedan volver a recuperar su sistema de defensa y controlar la cantidad y reproducción del virus por medio de un a buena adherencia al tratamiento que se dispone.

Es importante exponer para comenzar los datos estadísticos actualizados, que nos indican cual es el estado a nivel mundial, nacional, regional y local sobre esta pandemia. Para ello nos basaremos en los registros propios obtenidos en nuestra tarea de campo y vertidos en el trabajo final de grado previamente analizado y otros datos recabados del año 2020, por ONUSIDA<sup>74</sup>, los cuales nos indican que un millón y medio (1.500.000) de personas contrajeron el VIH por primera vez en 2020, teniendo en cuenta que treinta y siete millones setecientos mil (37.700.00) de personas ya vivían con el VIH en 2020 y en cuanto a muertes relacionadas con el sida, en el 2020 se registraron seiscientos ochenta mil (680.000) bajas.

Con respecto a la lucha contra esta Pandemia, la estrategia 90–90–90, aplicada a nivel mundial, nos arroja los siguientes resultados, en las estadísticas mundiales sobre el VIH y el sida<sup>75</sup>:

- En 2020, el 84%de las personas que viven con el VIH conocían su estado serológico.
- Entre las personas que conocían su estado, el 87% estaban accediendo al tratamiento.
- Y entre las personas que accedieron al tratamiento, el 90% sufrieron supresión viral.

---

<sup>74</sup> ONUSIDA (2021). Cumbre sobre el VIH, en África occidental y Central: Llamado a la acción para reinventar la respuesta al VIH. Disponible en: <https://www.unaids.org/en>.

<sup>75</sup> ONUSIDA (2021) Estadísticas mundiales sobre el VIH y el sida: hoja informativa. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.

- De todas las personas que viven con el VIH, el 84% conocían su estado, el 73% estaban accediendo al tratamiento y el 66% tenían supresión viral en 2020.

En cuanto a nuestro país, según el Boletín del año 2020<sup>76</sup>, sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina arroja la siguiente información:

- De las 136.000 personas que viven con VIH en la Argentina conoce su diagnóstico.
- El %17 de las personas que viven con VIH, lo desconocen.
- Más del %98 de las infecciones por VIH se producen por relaciones sexuales sin protección.

En cuanto a la provincia de Jujuy, la información epidemiológica del año 2019, en el Boletín oficial, nos indica una población de setecientos sesenta y dos mil cuatrocientos cuarenta (762.440) personas viviendo con VIH/Sida.

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo de campo indicaron que las dificultades que tienen las personas que viven con VIH/Sida para mantener en el tiempo el tratamiento son los malestares físicos, producto de los efectos secundarios de la medicación suministrada, los episodios depresivos y por último la complicación para conseguir un turno y ser atendido en el hospital.

No obstante, a la hora de relacionarse con el personal del Hospital Pablo Soria, se encontró que las personas estaban agradecidas y satisfechas, nombrando al hospital como su segunda casa, por sentirse seguras y tranquilas.

Con respecto al abandono, se encontró que los motivos para que una persona decida retomar su tratamiento se reflejan en tres cuestiones; las Enfermedades Oportunistas y la posibilidad de morir, la necesidad de trabajar para sustentarse y el contar con el apoyo oportuno y adecuado.

---

<sup>76</sup> Ministerio de Salud Argentina (2021). Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Boletín N° 37.

Durante el año 2020, el Programa Provincial de Prevención y Lucha contra el VIH/Sida en Jujuy<sup>77</sup>, nos informa que la cantidad de casos nuevos notificados fueron ciento treinta y uno (131), de los cuales ochenta y cinco (85) pertenecen a varones y cuarenta y seis (46) a mujeres. Es decir 1,8 varones por cada mujer.

El Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, considero esta problemática de gran relevancia, por lo que promulgó la Resolución nº002357-S-18 donde se declara Alerta Sanitaria Provincial en VIH, TBC, Sífilis y Consumos Problemáticos. Con respecto al VIH en Argentina, ya son ciento treinta y nueve mil (139.000) las personas que viven con el virus.

Con respecto a la distribución porcentual de los casos notificados por departamentos en la provincia de Jujuy durante el año 2020 fue la siguiente: Dr. M. Belgrano 47% (con 63 casos), Ledesma 16% (con 20 casos), San Pedro 15% (con 19 casos), El Carmen 12% (con 16 casos), Palpalá 6% (con 7 casos), Tilcara 2% al igual que Yavi (con 3 casos c/u).

Si bien, se viene luchando a nivel mundial, nacional y provincial, a partir de la estrategia 90-90-90 y se ha logrado reducir de manera visible los porcentajes, aún existen miles de personas afectadas por esta enfermedad en nuestra provincia, y aún se van sumando nuevos infectados cada año, y se continúan registrando muertes asociadas al sida.

La inversión en la prevención del VIH evita un incalculable sufrimiento humano y también sus consecuencias sociales y de desarrollo, independientemente de las tasas de prevalencia.

El aumento de la incidencia del VIH sólo podrá detenerse con una expansión masiva de los esfuerzos de promoción y prevención. En tal sentido este proyecto de intervención en el Servicio de Infectología del Hospital Pablo Soria, se torna fundamental, y debería continuarse con cada generación de hombres y mujeres que necesitan aprender a vivir satisfactoriamente con el panorama de la infección VIH/Sida en sus vidas.

---

<sup>77</sup> Programa Provincial Lucha VIH (2020). Síntesis sobre los datos epidemiológicos sobre VIH/Sida. Ministerio de Salu de la provincia de Jujuy.

## MARCO TEÓRICO

Los conocimientos sobre la infección por el VIH son necesarios, tanto para la prevención como para la intervención en el tema, sin embargo no son suficientes para generar comportamientos preventivos frente a la infección<sup>78</sup>. La necesidad de identificar los conocimientos y las principales ideas erróneas sobre el VIH/Sida, se realiza con la intención de disminuir los comportamientos de riesgo frente a la infección por el VIH en la medida que se aumenten los conocimientos y se disminuyan los conceptos erróneos.

Según Bodnar<sup>79</sup>, los conocimientos son aquellas elaboraciones conceptuales, teóricas, abstractas, que el ser humano en el afán de buscar explicaciones a su existencia social y cultural ha construido a lo largo de su historia; por lo tanto, se puede concebir como el saber que han ido construyendo las personas a lo largo de su vida mediante la interacción permanente con la cultura, práctica, intuición y la ciencia.

Los expertos sostienen<sup>80</sup> que para reducir el riesgo de infección por VIH, es importante contar con conocimientos correctos, la práctica de relaciones sexuales seguras y el control sobre las infecciones, así como mantener actitudes e influencias sociales y culturales positivas.

En la actualidad existen combinaciones de antirretrovirales (medicamentos) que frenan la reproducción del VIH<sup>81</sup> consiguiendo, con el tiempo, que no se detecte en la sangre. Ese es el objetivo del tratamiento antirretroviral. Hoy en día, en la mayoría de los laboratorios se puede detectar hasta menos de 50 copias por ml de sangre por métodos cuantitativos. Cuando la cantidad de virus en sangre sea inferior al mínimo que pueda cuantificar la prueba utilizada, entonces diremos que la carga viral es indetectable. Es decir, hay una cantidad tan pequeña del virus que no se la puede encontrar con las técnicas utilizadas. Tener una carga viral indetectable

---

<sup>78</sup> Diclemente, R.J., Crosby, R.A. y Wingood, G.M. (2002). La prevención del VIH en adolescentes: Deficiencias detectadas y enfoques nuevos. *Perspectivas*, 32:25-39.

<sup>79</sup> Bodnar Contreras, Y., Tovar Cortés, E., Arias Campo, R., Bogoya Maldonado, N., Briceño Alvarado, P., Murillo Ortiz, J. & Rodríguez Palau, E. (1999). Cultura y sexualidad en Colombia: Un espacio para leer relaciones de poder, formación de actitudes y valores humanos. Bogotá: Universidad Distrital "Francisco José de Caldas".

<sup>80</sup> Padrón, L. y Vega, C. (2009). Conocimientos y actitudes de riesgo para infección por el virus de inmunodeficiencia humana en estudiantes de Medicina Integral Comunitaria. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur*, 7(1):12-19.

<sup>81</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Vivir en positivo, guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos. Área de Prevención de la Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud. Argentina.

no quiere decir estar curado, sino que sólo hay una cantidad muy pequeña del virus y que se debe mantener las medidas de prevención que se venían siguiendo, porque sigue siendo posible transmitir el virus o reinfectarse.

El tratamiento antirretroviral (TARV) consiste en la utilización de medicamentos para evitar la reproducción del virus. De esta manera, se impide la destrucción de las defensas y el desarrollo de enfermedades oportunistas. Al evitar la reproducción del virus no sólo disminuye la posibilidad de enfermarse, sino que da oportunidad a nuestro sistema inmunitario de ir reconstruyendo las defensas dañadas. Hoy en día es posible inhibir o frenar al máximo la reproducción del VIH utilizando combinaciones de tres o más antirretrovirales (ARV). La estrategia de combinar los ARV se debe a que hay varias clases de ARV y ellos actúan de diferentes maneras, entonces al combinarlos se logra impedir la replicación del virus por vías distintas haciendo el tratamiento más efectivo. Se trata de una terapia compleja, cuyos resultados pueden ser muy diferentes de una persona a otra. Sin embargo, está demostrado que el tratamiento antirretroviral reduce la progresión de la enfermedad y logra que se recuperen las defensas.

La terapia antirretroviral altamente activa<sup>82</sup> (TARGA o HAART, por sus siglas en inglés) ha mejorado mucho con el tiempo y hoy en día es más eficaz, menos tóxica y más fácil de tomar que en los años 90 cuando se comenzó a utilizar. En aquellos años, generalmente se debían tomar varias dosis de medicamentos contra el VIH todos los días, lo que era muy difícil para algunas personas. Pero ahora esta rutina se ha vuelto mucho más simple. Actualmente la mayoría de las personas toman sus medicamentos sólo una o dos veces al día ya que también, con el correr de los años, los fabricantes de estos medicamentos han ido combinado algunos de ellos en una sola pastilla, facilitando aún más la toma de la medicación. En pocos casos hay medicamentos inyectables.

El tratamiento antirretroviral se prevé de muy larga duración y es, hasta el momento, de por vida. Una parte importante de una buena adherencia al tratamiento está comprendida en tomar correctamente los antirretrovirales. El éxito del tratamiento depende directamente del cumplimiento estricto de la medicación, sin saltarte ninguna de las dosis y respetando el horario de cada toma con precisión, de acuerdo con la pauta acordada con el médico/a, ya que de lo

---

<sup>82</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Op. Cit.

contrario se corre el riesgo de que el tratamiento deje de ser eficaz. Con el paso de las horas, la cantidad de medicamento en la sangre va disminuyendo hasta que llega la hora de la siguiente dosis.

Para que un antirretroviral impida eficazmente la reproducción del VIH es necesario que exista cierta cantidad del fármaco en la sangre<sup>83</sup>. Si se retrasa la siguiente toma, se olvida o se vomita, se estaría quedando sin medicación en la sangre durante un tiempo, lo que significa que se está dando oportunidad al virus para reproducirse de nuevo. El VIH, al reproducirse, va sufriendo mutaciones genéticas o cambios que dan lugar a nuevas variantes o cepas con características distintas. Una de estas características puede ser la resistencia a uno o varios antirretrovirales, con lo cual ese fármaco deja de ser eficaz para la persona.

Cada vez que los antirretrovirales estén en una concentración en sangre por debajo de las cantidades mínimas necesarias, se está dando ocasión al VIH para que desarrolle una cepa resistente que haga ineficaz el tratamiento que se sigue. En síntesis, los medicamentos son útiles siempre que en nuestra sangre se encuentren en cantidad suficiente para atacar al virus, cantidad que se consigue tomando la dosis en los horarios indicados. Tomar dosis mayores o juntar las tomas puede llevar a problemas de toxicidad, y reducir las dosis o saltarlas significa no tener la cantidad de medicamento necesaria para atacar al virus.

Diremos que ADHERENCIA<sup>84</sup> hace referencia al cumplimiento de las indicaciones del equipo de salud, especialmente, con respecto a tomar apropiadamente los medicamentos. También se refiere al cumplimiento de otras recomendaciones y cuidados sugeridos por el equipo de salud. Adherencia = Apego = Cumplimiento.

La conceptualización histórica de adherencia hizo alusión al cumplimiento de la prescripción médica. En 1982 Di Matteo y Di Nicola amplían la definición en un “compromiso de colaboración activa e intencionada del paciente en un curso de comportamiento, aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado”. También es definida como “una conducta meta que incluye la incorporación puntual o definitiva de nuevos hábitos en la rutina diaria de la persona, que serán beneficiosos para su salud. La inclusión de dichos hábitos (simples o complejos), requiere saber qué hacer, como hacer y

---

<sup>83</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016). Op. Cit.

cuando hacer, por lo tanto, el paciente ha de disponer de habilidades de diferente grado de complejidad”.

Tomar todos los medicamentos en cantidades adecuadas y a tiempo implica cumplir mínimo con el 95% de las dosis al mes, esto significa, por ejemplo, si se le formuló a la persona tres pastillas por día, debe tomar 90 dosis o pastillas al mes y una adherencia del 95% significa que no puede olvidar o tomar de forma tardía más de 5 pastillas por mes. Aquellos que durante los últimos tres meses se encuentran bajo tratamiento, según los registros de estos nosocomios (de San Salvador de Jujuy), son consideradas “personas bajo tratamiento activo”.

La otra parte de una buena adherencia al tratamiento es el cuidado de sí de manera integral<sup>85</sup>, reflejado en una actitud que salvaguarda de posibles cosas o elementos que puedan causar daño. A la vez, se orienta a incluir hábitos saludables, que permitan sentirse bien consigo mismo/a, y al mismo tiempo, mejorar y mantener un estado de salud adecuado. Son acciones simples y rutinarias que consisten en; la reflexión sobre las propias actitudes y comportamientos. El cuidado de la salud física y mental. El cuidado de la salud sexual y reproductiva. La alimentación e higiene personal. El sueño y descanso reparador. La satisfacción laboral. El cuidado en las condiciones de hábitat, del entorno y la vivienda. Todo ello lleva a mejorar la calidad de vida, complementando el tratamiento y las recomendaciones médicas que se recibe.

La Organización Mundial de la Salud indica que un tercio de las personas que viven con VIH y acceden al tratamiento antirretroviral no toman su medicación adecuadamente, manifestando tasas de adherencia subóptimas.

La adherencia al tratamiento antirretroviral depende de diversos factores<sup>86</sup> asociados a:

1-Factores Personales: Características sociodemográficas, factores cognitivos, factores de la motivación (intención o no de tomar el medicamento, actitud positiva hacia los medicamentos, recordar la infección al tomar el medicamento, insatisfacción con el tratamiento), factores emocionales (presencia de trastornos depresivos, de ansiedad o estrés, presencia de estados afectivos y emocionales positivos).

---

<sup>85</sup> Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Op. Cit.

<sup>86</sup> Roldán, Martín y Soberbio, Florencia. (2016). Adherencia al tratamiento con antirretrovirales en la red argentina de jóvenes y adolescentes positivos. Trabajo Final de Grado de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Católica de Córdoba.

2- Factores de la enfermedad y tratamiento: Efectos adversos del tratamiento, complejidad del régimen terapéutico, interrupción de la rutina diaria y el estilo de vida, perfil clínico y progresión de la enfermedad, morbilidad.

3-Factores sociales e interpersonales: percepción de apoyo social, relación entre médico tratante y paciente.

4- Factores del sistema de salud: barreras en el sistema de salud, barreras geográficas.

Cabe mencionar que existen además otros factores como lo son el estigma y la discriminación por parte de la sociedad civil y el sistema de salud. ONUSIDA, en 2001 indica que el estigma relacionado a la infección por VIH iba a ser el obstáculo más grande para dar una respuesta a la epidemia. La discriminación surge cuando “el estigma se instala”.

Este estigma y discriminación han hecho que las personas que viven con VIH/Sida no alcancen derechos fundamentales, como el acceso al sistema de salud, tanto al diagnóstico como al tratamiento. La falta de acceso a obras sociales o prepagas, o el aumento hacia “cuotas diferenciales”. La pérdida de oportunidades laborales por exámenes pre ocupacionales, la imposibilidad de estudiar o trabajar en el extranjero.

El tratamiento (TAR) es exitoso cuando la persona que vive con VIH y su equipo de salud trabajan juntos. Ese equipo de salud se encuentra contenido en un Sistema de Salud, y por éste entendemos a la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud.

## FUNDAMENTACIÓN

Entre los meses de Diciembre del 2020 a Setiembre del 2021, se ejecutó el Trabajo de Campo del proyecto de investigación denominado “Factores y percepciones que inciden en la adherencia al tratamiento de las personas que viven con VIH/Sida, en pacientes ambulatorios asistentes al Hospital Pablo Soria en el primer semestre del año 2021”.

Se realizó en una primera etapa un relevamiento de la población que asiste al Servicio de Infectología a fin de tener los datos actualizados de los concurrentes al mencionado servicio, luego de la Recolección de datos en terreno se llevó a cabo el análisis e interpretación de la información, arribando a las siguientes conclusiones:

Con respecto a cuales son las dificultades que tienen las personas que viven con VIH/Sida para mantener en el tiempo del tratamiento se reconoce los malestares físicos, producto de los efectos secundarios de la medicación suministrada. Otra dificultad encontrada son los episodios depresivos que deben enfrentar y superar, y por último la complicación para conseguir un turno para ser atendido en el hospital, del cual depende conseguir los medicamentos.

Los pacientes ambulatorios del Hospital Pablo Soria, expresaron el estar bajo tratamiento en su mayoría, señalaron sentirse bien, ya que el tratamiento ha superado las expectativas que tenían al principio. Se aclara que, si bien en primera instancia tuvieron que pasar por malestares físicos como mareo, dolores de cabeza diarrea, entre otros, estos han quedado en el olvido, ello fue producto de la asimilación del organismo o el cambio de medicación por otra que minimizo estos efecto no deseados, lo cual les permite continuar su rutina con normalidad.

En cuanto a los aspectos positivos y aspectos negativos que perciben a la hora de relacionarse con el hospital Pablo Soria y las diferentes sectores que lo componen las personas se demostraron agradecidas y satisfechas, muchos nombraron al hospital Pablo Soria como su segunda casa, allí se sienten seguros y son atendidos con mucha profesionalidad ya que no se los discrimina.

Una minoría de mujeres trans, sostuvo haber sido discriminada por algunos profesionales médicos Ya que si bien están vestidas de mujer, se las trata como varón, por medio de

comentarios, lo cual es vivido por las mujeres transexual como falta de respeto y aceptación a la decisión individual.

Referido a los aspectos positivos muchas personas han encontrado la contención en los Profesionales de la Salud que los atienden como ser, médico de cabecera o enfermera. Con ellos mantienen el secreto con respecto a su estado serológico de vivir con VIH/Sida.

Muchos de los pacientes reconocen la benevolencia del sistema de salud, en cuanto a la gratuidad de la medicación, es el hospital el que les brinda la medicación lo cual es reconocido por muchas de las personas, en cuanto visualizan que si fuera por su capacidad adquisitiva no podrían seguir el tratamiento, ya que tendrían que escoger entre alimentarse, pagar el alquiler o compra la medicación.

Ampliando la línea con respecto al abandono, se encontró que los motivos para que una persona decida retomar su tratamiento se reflejan en tres cuestiones que las motivaron a ello; el primero motivo para retomar el tratamiento lo fueron las Enfermedades Oportunistas, en cuánto la persona comienza a sufrir por todo lo que implica el padecimiento de una enfermedad y la mortalidad que presenta la misma, ante una situación en la que el organismo no tiene con que defenderse, y es así que les resulta indispensables recuperarse, y dejar de “caretear” con la muerte, lo cual hace que busquen retomar y asumir un compromiso con el tratamiento.

Otro de los motivos que los pacientes describían, con respecto a retomar el tratamiento, era la necesidad de reanudar la actividad laboral, es decir trabajar en cuanto muchos vivían de los ingresos diarios, eran padres de familia, trabajadores independientes, o trabajadores precarizados, que realmente necesitaban sentirse bien para poder reincorporarse a la vida laboral y suplir sus necesidades y los de su familia.

Además fue expuesto como lo necesario, para que una persona regrese al tratamiento el contar con el apoyo oportuno, en especial, en aquellas personas que se encuentran en un estado de vulneración, ya sea porque vivan en la calle, porque tengan problemas de consumo, por presentar algún tipo de adicción, sean trabajadoras sexuales o, en otros casos, que la persona se encuentra en un estado de depresión.

Se concluyó que el acompañamiento es importante, reflejado en acciones. Se visualizó que el profesional médico tiene la capacidad de influenciar en las personas hacia una buena adherencia al tratamiento. Haciendo hincapié, en la toma de la medicación, la adquisición de hábitos saludables y abandono de aquellos hábitos que lo ponen en riesgo. No solo se centra en lo físico, sino que presta atención a lo que el paciente tiene para decirle y lo aconseja, lo cual resulta muy positivo para ellos.

En cuanto al proyecto de vida, otra cuestión que fue expuesta como frustrante, en alguno de los pacientes fue reconocerse dependiente del tratamiento, lo cual en algunos pacientes fue expuesto como una gran limitación a los proyectos, teniendo que ajustarlos, modificarlos, y en algunos casos, renunciar a ellos.

Un punto de partida para una próxima investigación, es el profundizar acerca del ejercicio de la sexualidad de los pacientes que viven con VIH/Sida. En las encuestas fue encontrado que, el 9,7% no mantiene relaciones sexuales de tipo vaginal o anal. El 29% no practica relaciones sexuales de tipo oral. Dichos pacientes a pesar de declarar una carga viral indetectable, producto de una buena adherencia al tratamiento, parecían haber bloqueado la satisfacción de sus necesidades sexuales, y aparentaban estar en estados depresivos.

Otra de las cuestiones sobre las cuales es necesario trabajar desde la Educación para la Salud, es prevenir el arribo al estadio sida en estos pacientes, en cuanto, el conocimiento sobre los modos de transmisión y reinfección del VIH, no es completo, o es errado.

Es importante sentar los pilares en los cuales se asienta el presente proyecto, lo cual definirá tanto el camino, como el lugar al que se pretende arribar, para ello diremos que el mismo se asienta en la promoción y prevención de la Salud.

La promoción de la salud según la carta de Ottawa<sup>87</sup> consiste en proporcionar a la gente y que la misma produzca los medios necesarios para mejorar la salud, y ejercer un mayor control sobre la misma. Son un conjunto de acciones o intervenciones tendientes a desarrollar actitudes y conductas, que favorezcan estilos de vida saludable en la familia el trabajo y la comunidad, y sus estrategias e instrumentos son la participación social y la construcción de la capacidad

---

<sup>87</sup> Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). 1º Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Disponible en: <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>.

comunitaria, el empoderamiento, la existencia de políticas de bienestar social, la posibilidad de negociación política, concertación, consenso, abogacía, el acceso a la información y a la educación, la asistencia de comunicación social y la efectiva efectivización de investigación participativa entre otros.

Asimismo, en inter juego dialéctico con el medio, el proceso de Educación para la Salud<sup>88</sup> se orienta al fortalecimiento de hábitos de vida saludable, a la modificación de conductas, a la adquisición de conocimientos, a la adopción de actitudes convenientes para la salud, destacando el sentido de responsabilidad individual y social, y la comprensión de las condiciones de producción de la salud y de la situación de existencia de los grupos humanos.

Por ello el proceso de Educación para la Salud genera acciones de revalorización, resignificación y capacitación, rescata el saber científico social y popular y promueve en los sujetos actitudes críticas.

Es por lo expuesto anteriormente, que se diseña esta propuesta de intervención la cual, estará enfocada en la promocionar de la Salud de familiares y allegados de las persona que viven con VIH/Sida, y llevar a cabo un trabajo preventivo en los pacientes, para impedir el arribo a un estadio Sida, a partir de un trabajo interdisciplinario, en el que se realice un acompañamiento y la educación por medio de un consultorio ambulatorio en Hospital Pablo Soria, destinado a la consejería de pacientes con VIH/Sida y sus familiares/allegados.

Esta propuesta surge como respuesta a los emergentes en la investigación. Una de estas conclusiones fue que las personas que contraen la infección, transcurren en algún momento por episodios depresivos.

- al recibir el diagnóstico
- al padecer los efectos secundarios de la medicación que interrumpen su vida cotidiana
- al vivenciar discriminación
- por la ausencia por parte de la familia como referente de apoyo

---

<sup>88</sup> Max Aguero, E. F. (2012). Intervención comunitaria y educación para la salud. Argentina: Edición del Autor.

- por frustración frente algún proyecto de vida que deba ser modificado o abandonado.

En cuanto al abandono y retorno al tratamiento, fue señalado como necesario para “volver” el contar con el apoyo oportuno. Por ello se considera importante la necesidad de abrir un espacio donde se provea una escucha activa, se brinde apoyo ante la depresión y se promueva un conocimiento científico, mejorando la adherencia y la calidad de vida de los pacientes.

Otra de los aspectos positivos que se busca aprovechar es la apreciación y confianza, y por ende, la apertura que poseen los pacientes concurrentes al Hospital Pablo Soria, hacia el personal que lo atiende, entre ellos a los médicos del área Infectología y la enfermera perteneciente al mismo, como el punto de contacto, siendo ellos quienes conocen su estado, y a los cuales recurren por algún tema referido al VIH/Sida. Esta cercanía resulta propicia para poder trabajar en equipo y juntamente con los pacientes, en cuestiones sumamente importantes y personales, con el fin de lograr una adherencia integral.

Se propone trabajar a partir de conocimientos científicos, en cuanto a distintas temática a fin, como ser el ejercicio de la sexualidad, en cuanto a la adquisición de hábitos protectores y seguros, el fortalecimiento de la autoestima, los Efectos Secundarios, el compromiso que requiere el tratamiento, el acompañamiento de alguien significativo, el proyecto de vida, entre otras temáticas importantes y necesarios para el paciente y su familia.

Esta tarea plantea llevarse a cabo por medio de un consultoría ambulatoria. El consultorio dependerá del Departamento de Infectología del Hospital Pablo Soria, el mismo, estará compuesta por un equipo interdisciplinar, formado por recurso humano perteneciente a Infectología, Psicología y Educación para la Salud y será denominado “Con compañía se transita mejor” Consultorio ambulatorio de VIH/Sida, del departamento de Infectología del Hospital Pablo Soria.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Implementar estrategias educativas desde la Educación para la Salud que apunten a la promoción de hábitos saludables y a la prevención del Sida, a través de la creación de un Consultorio ambulatorio de VIH/Sida, para los pacientes y sus familiares, dependiente del departamento de Infectología del Hospital Pablo Soria.

### **Objetivos específicos**

Establecer un plan de trabajo institucional viable y coherente, promoviendo la intersectorialidad, la interdisciplinariedad, la transversalidad de contenidos, objetivos claros y continuidad en el tiempo.

Ejecutar una labor educativa sustentada en todos los canales de la comunicación, de participación efectiva y afectiva, y de mutuo intercambio.

Coordinar con el equipo de salud acciones de promoción para la salud y prevención del VIH/SIDA con las instituciones intermedias del sector de influencia.

Lograr disminuir las infecciones de VIH/SIDA, promoviendo y apoyando a los pacientes y sus familias.

## ACCIONES

Considerando los resultados obtenidos en el Trabajo de Campo previo y partiendo del interrogante: ¿qué actividades preventivas se deben realizar para revalorizar las distintas Estrategias de promoción para la salud y prevención del VIH/SIDA?, responder a esta pregunta implica determinar el enfoque y diseñar acciones específicas, al mismo tiempo, establecer cuál es la población objetivo, sin olvidar que la educación para la salud tiene como objetivo mejorar la salud de las personas, a través de dos perspectivas:

a) De promoción para la salud: instruyendo a las familias para que puedan adoptar hábitos saludables.

b) Preventiva: capacitando a los destinatarios del proyecto con el fin de que adopten medidas de protección necesarias, que les permitan el mantener controlado reproducción del virus y la recuperación del sistema inmunológico.

El trabajo está encuadrado en un enfoque amplio, el de la Educación para la Salud, en el Departamento de Infectología del Hospital Pablo Soria, que interviene como un proceso activo tendiente a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando la auto responsabilidad en su salud individual y familiar.

En este contexto el Educador para la Salud deberá:

a- Actuar como orientador, con el objeto de ayudar a los destinatarios del proyecto a lograr la autocomprensión y autodirección necesaria para corregir actitudes y hábitos.

b- Ejecutar una tarea preventiva que se tornará importante puesto que una ayuda sistemática en los pacientes contribuye a la incorporación de una estima elevada, buen autoconcepto, junto con el conocimiento de las propias limitaciones y valoración de sus capacidades que sirven para establecer buenas relaciones con otros, en especial en la formación de hábitos saludables para ellas su pareja e hijos.

c- Ofrecer recursos y acceso a la información para facilitar el análisis de los procesos que llevan al fortalecimiento de conductas positivas de salud frente a la problemática del VIH/SIDA.

d- Asesorar a las pacientes infectadas y su grupo familiar en cuanto a la importancia de la toma de medicamentos y adherencia al tratamiento, estimulando el autocuidado.

e- Asesorar al paciente y su pareja para superar dificultades y ventajas en el uso del preservativo femenino y masculino en las relaciones sexuales.

## **ESTRATEGIA**

Es importante cuando se diseñan acciones que las mismas estén precedida por la elección de una estrategia. Cuando se trata de transferir conocimientos y experiencias dirigidas a modificar las actitudes y comportamiento de forma consciente y duradera, para fomentar procesos de comunicación, destinados a reducir las condiciones sociales de riesgo dando lugar a la noción de vulnerabilidad y a potenciar aquellas situaciones que producen bienestar y salud, es necesario elegir una metodología, elegir procedimiento y seleccionar modalidades. Todo ello implica precisar una estrategia.

En este caso se estimó pertinente aplicar la estrategia de Consejería (a personas infectadas por el VIH/SIDA, familias), ya que el objetivo es apoyar, revalorizar, fomentar hábitos saludables con respecto a la toma de la medicación la sexualidad y la adherencia al tratamiento, para así alcanzar una mejor calidad y cantidad de vida.

## **METODOLOGIA**

Esta propuesta tiene un encuadre general dentro del modelo constructivista de acción-reflexión que pone en énfasis el proceso donde lo importante es problematizar frente al objeto y no alrededor del mismo. Partiendo desde los pre-conceptos, mitos, valores y representaciones ocultas es que se facilita acceder a través de ellos a los problemas reales, porque se considera que respetando la sabiduría popular y consensuando con ella sólo se puede trascender.

A nivel personal y enmarcado en el respeto a las personas que viven con VIH/Sida, resguardando la intimidad, se abordará a pacientes viviendo con VIH/Sida, sus parejas, familias o personas de referencia mediante la metodología de Consejería Integral. Se trata de un espacio

y un tiempo dedicado a la escucha activa de vivencias, pensamientos e inquietudes, promoviendo revisión de conocimientos y reflexión, propiciando así un lugar de participación y aprendizaje.

## **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

Se llevará a cabo la puesta en marcha de un consultorio ambulante para la consejería, a partir de la demanda hecha por los pacientes concurrentes al hospital, o sus parientes, propiciando el acceso a la consejería y la educación.

Se propone que el mismo funcione bajo la supervisión del departamento de infectología, trabajando en equipo para poder brindar desde el hospital esta cobertura.

La manera de funcionamiento será la siguiente: Los pacientes o sus familias serán los que solicitaran el espacio de consejería a los médicos infectólogos, al concurrir a sus consultas, pudiendo ser solicitado también, mediante la enfermera del área Vacunación. En algunos casos los Doctores podrán detectar e instar a algunos pacientes en los que reconozcan la necesidad de este acompañamiento.

A partir de allí se contactará al coordinador (Educador para la Salud) del equipo de consejería ambulatoria de VIH/Sida, para establecer la cita con los pacientes. En cuanto a la frecuencia del servicio, este se realizará dos veces por semana, pudiendo coincidir con los días de atención del Servicio de Infectología, siendo estos los días martes y viernes, en el turno de la tarde, de 15 a 18 horas. Y se estima que cada encuentro con los pacientes tendrá una duración de treinta a sesenta minutos.

Allí el educador para la salud recibirá al paciente, de manera cordial, pudiendo el paciente acudir solo o en compañía, como bien lo prefiera. A partir de allí, se realizará una escucha activa del motivo de su consulta. Pudiendo realizar éste preguntas, compartir alguna vivencia, u algo que lo haya afectado. A partir de allí el equipo hará la intervención, pudiendo llevar a la reflexión, o introduciendo algún conocimiento que le sea necesario al paciente. Como también le transmitirá cercanía y aceptación.

Además la escucha activa servirá para detectar alguna necesidad implícita en el discurso y expresión del paciente, y a partir de allí se buscarán las medidas acordes a la situación. Aquí se

podrá indagar sobre el conocimiento que posee el paciente, en cuanto al tratamiento, el compromiso que requiere, las prácticas de riesgo que realiza, y otras que puedan dar a conocer sobre su condición.

Algunas de las estrategias a implementar para optimizar la labor serán:

- Trabajo interdisciplinar
- Participación convenida de alguna persona que viva con VIH para propiciar confianza a los asistentes.
- Trabajo en red con los otros departamentos del hospital, cuando surja otro tipo de necesidad, que exceda al espacio, como ser área de asistencia social, farmacia u otras.

Entre las temáticas que se abordaran en el espacio de consejería se encontraran la trasmisión del VIH, reinfección, sexualidad; prácticas sexuales protegidas y seguras, depresión, factores protectores en la adherencia al tratamiento: autoestima, compromiso, comunicación. Proyecto de vida y adherencia, actividad física, toma de medicación, entre otras.

Duración del proyecto: Este proyecto será un plan piloto, el mismo tendrá una duración de ejecución de seis (6) meses.

## **EVALUACION**

La evaluación se realizara en dos momentos diferentes:

a) Evaluación de proceso:

Esta evaluación será llevada a cabo mediante reuniones quincenales de equipo, que permitan visualizar la marcha del consultorio, pudiendo analizar los problemas que vayan surgiendo, permitiendo vislumbrar los cambios necesarios, o la implementación de nuevas estrategias. Además de permitir la unificación de criterios, en cuanto a contenidos científicos a transmitir.

b) Evaluación de resultado:

Al finalizar los seis meses se hará una reunión con el departamento de infectología, y los directivos del hospital, para visualizar si el trabajo realizado mejoró la adherencia de los pacientes. Se analizará si el proyecto cumplió con sus objetivos, y ayudo a los pacientes concurrentes, determinado a partir de allí, la implementación del consultorio en el Hospital, de una manera permanente.

## RECURSOS

Recursos Humanos:

Equipo multidisciplinario integrado por:

Dos (2)	Licenciados en Educación para la Salud
Un (1)	Médico en Infectología
Un (1)	Licenciado en Psicología
Un (1)	Licenciada en Enfermería
Un (1)	Licenciado en Nutrición

Recursos Materiales:

Espacio físico: Un consultorio designado por el Hospital Pablo Soria.

Moblaje adecuado para tal fin, compuesto por un escritorio, dos sillas, un sofá y una mesa ratonera.

Decoración que haga del espacio un ambiente cálido y sereno, para el paciente, con cortinas, cuadro, y adornos, floral y artístico.

Material didáctico: Folletería, Impresiones gráficas. Preservativos.

Recursos Técnicos: Una computadora, un teléfono celular y conexión a internet.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

- Lograr conformar un Consultorio ambulatorio de VIH/Sida, para los pacientes y sus familiares, dependiente del departamento de Infectología del Hospital Pablo Soria.
- Capacitar a los pacientes viviendo con VIH/Sida del Hospital Pablo Soria, para el fortalecimiento de la confianza en la pareja y vivir una sexualidad plena.
- Promover el cambio de actitudes de las parejas de los pacientes con VIH/Sida y sus familia, de manera tal de fomentar el apoyo, a fin de que logren tener una mejor cantidad y calidad de vida.

## BIBLIOGRAFIA

ONUSIDA (2021). Cumbre sobre el VIH, en África occidental y Central: Llamado a la acción para reinventar la respuesta al VIH. Disponible en: <https://www.unaids.org/en>.

ONUSIDA (2021) Estadísticas mundiales sobre el VIH y el sida: hoja informativa. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.

Ministerio de Salud Argentina (2021). Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Boletín N° 37.

Programa Provincial Lucha VIH (2020). Síntesis sobre los datos epidemiológicos sobre VIH/Sida. Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy.

Diclemente, R.J., Crosby, R.A. y Wingood, G.M. (2002). La prevención del VIH en adolescentes: Deficiencias detectadas y enfoques nuevos. *Perspectivas*, 32:25-39.

Bodnar Contreras, Y., Tovar Cortés, E., Arias Campo, R., Bogoya Maldonado, N., Briceño Alvarado, P., Murillo Ortiz, J. y Rodríguez Palau, E. (1999). *Cultura y sexualidad en Colombia: Un espacio para leer relaciones de poder, formación de actitudes y valores humanos*. Bogotá: Universidad Distrital "Francisco José de Caldas".

Padrón, L. y Vega, C. (2009). Conocimientos y actitudes de riesgo para infección por el virus de inmunodeficiencia humana en estudiantes de Medicina Integral Comunitaria. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. Medisur*, 7(1):12-19.

Ministerio de Salud de la Nación (2016). *Vivir en positivo, guía para las personas con VIH, sus familiares y amigos*. Área de Prevención de la Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud. Argentina.

Roldán, Martín y Soberbio, Florencia. (2016). Adherencia al tratamiento con antirretrovirales en la red argentina de jóvenes y adolescentes positivos. Trabajo Final de Grado de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Católica de Córdoba.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986). 1° Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Disponible en: <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>.

Max Agüero, E. F. (2012). *Intervención comunitaria y educación para la salud*. Argentina: Edición del Autor.

# ANEXO

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

HIPOTESIS	DEF. CONCEP	DEFINICIÓN OPERACIÓN.	DIMENSIONES	INDICADORE S	PREGUNTAS
<b>V. I.: FACTORES QUE INCIDEN</b>	Elemento, circunstancia, influencia, que contribuye a producir un resultado.	Tiene que ver con aquellos factores que facilitan u obstaculizan la adherencia al tratamiento para luchar contra el VIH/SIDA.	<b>Negación de la enfermedad.</b>	Reconocimiento de que se es portador VIH/Sida, actitud y acciones tomadas al respecto.	¿Cuánto tiempo te llevo en aceptar tu estado? ..... 1 mes .....1 año .....2 años .....aún no lo acepto.  ¿Pasaste por depresión? ..... si ..... no ¿Actualmente estas en tratamiento? ..... si .....no ..... lo abandoné ¿Por qué motivo lo abandonaste? .....
			<b>Desconocimiento de la enfermedad.</b>	Conocimiento sobre el VIH/SIDA.	¿Qué es el VIH? .....un virus .....una alergia
			<b>Desconocimiento de la enfermedad.</b>	Forma de contagio, efectos en el organismo.	¿Como se trasmite? .....relaciones sexuales sin protección ..... por utilizar la misma ropa .....por compartir canutillos/ jeringas con personas con VIH .....trasmisión vertical (de madre a hijo/a durante el embarazo, parto y lactancia).
				Implicancia en la vida cotidiana.	¿Qué produce en el organismo? .....
<b>Desconocimiento del tratamiento.</b>	Tratamiento disponible.	¿Conoces que por Ley existe un tratamiento disponible para las personas VIH positiva/Sida? .....sí .....no  ¿Entiendes por qué es importante estar bajo tratamiento? .....no .....sí ¿Por qué? .....			

				<p>Efecto de la medicación sobre el VIH y el sistema inmunológico, efectos secundarios.</p>	<p>¿Conoces cómo actúan los remedios sobre el virus?  .....no  .....si: .....</p> <p>¿Conoces cómo actúan los remedios sobre el sistema inmunológico?  .....no  .....si: ¿de qué manera?:  .....</p> <p>¿Puede nombrar algún efecto secundario que provoquen los remedios?  .....</p>
			<b>Estigma social.</b>	<p>Manera en que el entorno significa y percibe a las personas con diagnóstico VIH positivo/SIDA.</p>	<p>¿Te sientes/sentiste discriminado?  .....nunca  .....siempre  .....a veces</p> <p>¿De qué manera?  .....palabras  .....gestos  .....distancia  .....otros:.....</p> <p>¿Recibes apoyo?  .....si  .....no  .....a veces</p> <p>¿De quién?  .....amigos  .....familia  .....pareja  .....personal de la salud  .....otros.</p> <p>¿De qué manera te apoyan?  .....escuchándome/aconsejándome .....con dinero/mercadería .....acompañándome</p> <p>¿Recibes buen trato de los médicos y personas del hospital?  .....si  .....no  .....no siempre</p> <p>¿Compartiste con alguien tu estado?  .....si ..... no</p> <p>¿Por qué?.....</p>
<b>V.D. ADHERENCIA AL TRATAMIENT.</b>	Hace referencia al cumplimiento de las indicaciones del equipo de salud.	“Permite visibilizar el compromiso de colaboración activa e intencionada del paciente en un curso de comportamiento, aceptado de mutuo acuerdo. De	<b>Toma de la medicación.</b>	Modo de administración de la misma.	<p>¿Este bajo tratamiento?  .....si  .....no  .....abandoné</p> <p>¿Cuánto tiempo lleva con el tratamiento?  .....días  .....meses  .....años  .....si abandone: ¿Por qué motivo fue?  .....malestar físico producido por el remedio  .....me quedé sin remedios  .....no veía resultados  Otros motivos:.....</p>

		<p>esto depende lograr el objetivo del mismo: una carga viral indetectable e intrasmisible y además recuperar y fortalecer el sistema inmunológico cerrando el paso a enfermedades oportunistas.”</p>		<p>Medicación que toma.</p>	<p>¿Qué medicación toma? .....</p>
				<p>Ingesta de la medicación.</p>	<p>¿De qué manera la toma? .....todos los días .....cuando me acuerdo .....algunos días de la semana</p> <p>¿ Las toma al mismo horario? .....si .....no .....a veces</p>
				<p>Estrategias recordatorias.</p>	<p>¿Usa alguna manera para recordar la toma de los medicamentos? .....si .....no</p>
			<p><b>Hábitos saludables.</b></p>	<p>Alimentación saludable.</p>	<p>¿En cuanto a la alimentación: ¿Sigue alguna indicación nutricional? .....si .....no</p> <p>¿Tiene tiempo para planificar y elaborar lo que va a comer? .....si .....no .....a veces</p>

				Control de la ingesta de alcohol y drogas.	<p>¿Bebe bebidas alcohólicas?  .....si  .....no</p> <p>¿Qué cantidad?  .....hasta 500 ml.  .....1 Lt.  .....2 Lt. o más.</p> <p>¿Fuma?  .....si  .....no</p> <p>¿Consume otras drogas?  .....si .....no</p>
				Realización de actividad física de acuerdo a la necesidad	<p>¿Realiza alguna actividad física?  .....regularmente  .....todos los días  .....nunca.</p>
				Goce de una sexualidad protegida.	<p>¿Usa preservativo o barrera de látex en sus relaciones sexuales?  .....no  .....a veces  .....siempre</p>

## ENCUESTA SOCIAL

La presente investigación forma parte de mi Trabajo Final de Grado, el objeto de la misma es conocer los factores que inciden en la adherencia al tratamiento de las personas que viven con VIH/Sida, en pacientes ambulatorios asistentes al Hospital Pablo Soria". Es por ello que ruego a usted su colaboración, ya que es de suma importancia para alcanzar el objetivo planteado. Desde ya muchas gracias por la disposición.

Nombre y Apellido:

Fecha:

Sexo:

Edad:

Barrio y localidad al que pertenece:

Estado Civil:

¿Tiene hijos?

- Si: ¿Cuántos?.....
- No

¿Conoces que por Ley existe un tratamiento disponible para las personas VIH positiva/Sida?

- si
- no

¿Viene siempre al Hospital Pablo Soria?

- Si
- No
- A veces

¿Cuánto tiempo te llevo en aceptar tu estado?

- 1 mes
- 1 año
- 2 años
- más de 2 años.
- aún no lo acepto.

¿Pasaste por depresión? ( es decir: sentir tristeza permanente, sentir desesperación, sentir de que no se tiene energía y dificultad para manejarse en la rutina diaria).

- si
- no

¿Actualmente estas en tratamiento?

- SI
- NO

¿Cuánto tiempo lleva con el tratamiento?

- días
- meses
- años
- abandone

¿Por qué motivo lo abandonaste?

- Malestar físico producido por el remedio.
- Me quedé sin remedios.
- No veía resultados.
- Me olvidaba.
- Me daba vergüenza retirar la medicación.
- No conseguía turno para el control y retirar la medicación.
- Entre en depresión.
- Eran muchos medicamentos para tomar.
- No entendía como se tomaban.
- Me sentía bien
- Por adicción al alcohol u otras drogas
- El medico que me atendió no tuvo empatía, no se supo acercar para explicarme.

¿Te sientes/sentiste discriminado?

- nunca
- siempre
- a veces

¿De qué manera?

- palabras
- gestos
- distancia
- otros.....

¿Recibes apoyo?

- si
- no
- a veces

¿De quién?

- amigos
- familia
- pareja
- personal de la salud
- otros.

¿De qué manera te apoyan?

- escuchándome/aconsejándome
- con dinero/mercadería
- acompañándome

¿Recibes buen trato de los médicos y personas del hospital?

- si
- no
- no siempre

¿Cuándo retira los medicamentos, te tratan bien?

- si
- no
- a veces

¿Compartiste con alguien tu estado?

- SI
- NO:
  - porque tengo miedo.
  - Porque escuche como tratan a las personas con vih/sida.
  - Porque me van a rechazar.
  - Porque no les importa.
  - Porque no tengo a quien compartirle.
  - Porque no quiero ser carga para otros.

¿Qué medicación antiretroviral toma?

.....

¿De qué manera la toma?

- todos los días
- cuando me acuerdo
- algunos días de la semana

¿Las toma al mismo horario?

- si
- no
- a veces

¿Usa alguna manera para recordar la toma de los medicamentos?

- si
- no

En cuanto a la alimentación:

¿Sigue alguna indicación nutricional?

- si
- no

¿Tiene tiempo para planificar y elaborar lo que va a comer?

- si
- no
- a veces

¿Realiza alguna actividad física?

- una vez a la semana
- tres veces por semana
- todos los días
- nunca.

¿Usa preservativo o barrera de látex en sus relaciones sexuales?

- siempre
- no uso
- a veces

¿Usa preservativo para realizar sexo oral?

- siempre
- no uso
- a veces

¿Retira preservativos de los Cepat?

- siempre
- nunca
- a veces
- no hay

¿Bebe bebidas alcohólicas?

- si

- no
- a veces

¿Cuál bebida alcoholica?

- Fernet
- Vino
- Frezee
- Cerveza
- Licores
- Tequila
- Whisky
- otra

¿Cuántas veces a la semana?

- Todos los días
- Los fines de semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes

¿Qué cantidad?

- hasta 500 ml.
- 1 Lt.
- 2 Lt. o más.

¿Fuma?

- si
- no
- a veces

¿Qué fuma?

- Marihuana
- Tabaco

¿Cuántas veces a la semana?

- Todos los días
- Los fines de semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes

¿Consume otras drogas?

- si
- no
- a veces

¿Cuáles?

- Cocaína

- Pasta base
- otras

Si consume: ¿Cuántas veces a la semana?

- Todos los días
- Los fines de semana
- Una vez a la semana
- Una vez al mes

¿Qué es el VIH?

- Un virus
- Una alergia
- Una enfermedad
- Una infección

¿Cómo se transmite?

- Relaciones sexuales sin protección
- Por utilizar la misma ropa
- Por compartir canutillos/ jeringas con personas con VIH
- Transmisión vertical (de madre a hijo/a durante el embarazo, parto y lactancia).

¿Qué produce en el organismo el VIH?

- Ataca el cerebro.
- Provoca infecciones en la zona de la boca.
- Destruye las defensas.
- Produce infección en los pulmones.
- Produce problemas en la piel.
- Provoca la muerte en pocas horas.

¿Entiendes por qué es importante estar bajo tratamiento?

- Sí :
  - Porque permite la recuperación de las defensas.
  - Porque impide llegar a un estadio de Sida.
  - Porque me brinda la cura.
  - Porque puedo llegar a tener una carga viral indetectable, y no transmitir el virus a otros.
  - Porque me protege de enfermedades oportunistas.(neumonía, tuberculosis, meningitis, otras)
- NO

¿Conoces cómo actúan los remedios sobre el virus?

- SI:
  - Controla al virus, impidiéndole reproducirse.

- Reduce la cantidad de virus en el organismo.
- Puede reducir la cantidad de virus a tal punto de volverme una persona que no trasmite a otras personas el virus.
- Desaparece por completo el virus.
  
- NO

¿Conoces cómo actúan los remedios sobre el sistema inmunológico?

- Sí:
- El remedio da la oportunidad al sistema de defensas dañado a reconstruirse nuevamente, y multiplicarse.
- Lo vuelve resistente para impedir el desarrollo de enfermedades nuevas en mi cuerpo.
  
- NO

¿Puede indicar algún efecto secundario que provoquen los remedios?

- Anemia
- Diarrea
- Mareo
- Fatiga
- Dolores de cabeza
- náuseas y los vómitos
- Erupción
- Disminución de la densidad de los huesos.
- Diabetes
- Colesterol alto.

## **GUIA DE ENTREVISTA**

1. En cuanto a su situación actual: ¿tiene para comer? ¿tiene donde dormir? ¿Con quién vive?
2. ¿Le resulta costos venir al hospital? ¿Por qué?
3. ¿Encuentra alguna dificultad para continuar con su tratamiento?
4. ¿Se siente bien con el mismo? ¿Por qué?
5. ¿El tratamiento cumple con sus expectativas?
6. ¿Le produce algún efecto secundario no deseado? ¿Cuáles?
7. ¿Conoce si existe la posibilidad de eliminar esos efectos secundarios?
8. ¿Se los compartió a su médico/actor del sistema de salud?
9. ¿Alguna vez consideró consultar a un psicólogo?
10. A la hora de relacionarse con el personal de salud (medico/ enfermero/ educadores sanitarios/ personal de farmacia/ nutricionista/otros)
11. ¿Cómo siente que lo/la tratan?
12. ¿Cuál de los profesionales le genera mayor confianza? ¿Por qué?
13. ¿A cuál acude cuando tiene alguna duda o dificultad?
14. ¿Qué produce en usted el trato que recibe en el Hospital Pablo Soria?
15. Si pudiera modificar algo en la relación pacientes y actores del Hospital Pablo Soria ¿Qué aspecto cambiaría? ¿Por qué?
16. ¿Y cuál de ellos mantendría? ¿Por qué?
17. ¿Recuerda alguna situación que le causó malestar en el hospital? ¿Cuál fue?
18. ¿Considera que tiene un proyecto de vida? ¿Cuál?
19. Si su respuesta es no ¿Por qué piensa que no tiene uno?
20. ¿Considera que necesita una buena adherencia al tratamiento para poder lograr sus planes y metas? ¿Por qué?
21. ¿Por qué motivos considera que se puede llegar a abandonar este tratamiento?
22. ¿Qué debería ocurrir o necesitaría para volver a retomar el tratamiento en caso de haberlo abandonado?
23. ¿Qué tipo de compromiso requiere?
24. Considera importante el apoyo de una persona significativa (familiar/ amigo/pareja/otro) para mantener el tratamiento en el tiempo?
25. ¿Cuál sería la función o conducta que necesita de esa persona?



Ingreso al Hospital Pablo Soria



Pasillo del Hospital Pablo Soria, a los costados los consultorios externos.



Consultorio n°15 habilitado por el H.P.S., donde se llevaron a cabo encuestas y entrevistas a personas que viven con VIH/Sida.



Vista Panorámica del Hospital Pablo Soria



Adaptación en la atención, durante la Pandemia Covid 19



“La espera”. Momento previo del Trabajo de Campo.