

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

---

---

**DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**VIH/SIDA Y ENVEJECIMIENTO**  
**ANÁLISIS GERONTOLÓGICO TRIDIMENSIONAL EN TABASCO**

**Tesis para obtener el grado de la**

**Maestría en Gerontología Social**

**Presenta:**

**Heberto Romeo Priego Álvarez**

**Directores:**

**Dra. María Isabel Ávalos García**

**Dr. Manuel Higinio Morales García**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Febrero 2018.**



UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



Of. No. 0205/DACS/CIP/JAEP  
09 de febrero de 2018.

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

**C. Heberto Romeo Priego Álvarez**  
*Maestría en Gerontología Social*  
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores, M. en C. María Trinidad Fuentes Álvarez, M. en C. Crystell Guadalupe guzmán Priego, M.G.S. Elín González Baños, M.G. Elsy del Carmen Quevedo Tejero y la M.G.S. María Guadalupe de Jesús Campos Sánchez, impresión de la tesis titulad: **VIH/SIDA Y ENVEJECIMIENTO ANÁLISIS GERONTOLÓGICO TRIDIMENSIONAL EN TABASCO**, para sustento de su trabajo recepcional de la Maestría en Gerontología Social, donde fungen como Directores de Tesis Dra. en Cs. María Isabel Avalos García y el Dr. en C. Manuel Higinio Morales García.

Atentamente

  
**M. en C. Alejandro Jiménez Sastré**  
Director



C.c.p.-Dra. Cs. María Isabel Avalos García.- Director de Tesis  
C.c.p.-Dr. En C. Manuel Higinio Morales García.- Director de Tesis  
C.c.p.-M. En C. María Trinidad Fuentes Álvarez.- Sinodal  
C.c.p.-M. En C. Crystell Guadalupe Guzmán Priego.- Sinodal  
C.c.p. M.GS. Elín González Baños -.- Sinodal  
C.c.p.-M.G. Elsy del Carmen Quevedo Tejero.- Sinodal  
C.c.p.-M.GS. María Gaudalupe de Jesús Campos Sánchez.- Sinodal

C.c.p.- Archivo  
MC/AJS/MGS/FPGJ/lkrd\*

Miembro CUMEN desde 2008  
Consortio de  
Universidades  
Mexicanas  
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2836-A. Col. Tamulté de las Barrancas,  
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco  
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, 6301  
e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

www.ujat.mx

www.facebook.com/ujat.mx - www.twitter.com/ujat - www.youtube.com/UJATmx



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Coordinación de  
Posgrado



**ACTA DE REVISIÓN DE TESIS**

En la ciudad de **Villahermosa Tabasco**, siendo las **13:30** horas del día **02** del mes de **febrero** de **2018** se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la **División Académica de Ciencias de la Salud** para examinar la tesis de grado titulada:

**VIH/SIDA Y ENVEJECIMIENTO  
ANÁLISIS GERONTOLÓGICO TRIDIMENSIONAL EN TABASCO**

Presentada por el alumno (a):

Priego	Álvarez	Heberto Romeo
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

1	6	1	E	2	9	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Grado de:

**Maestro en Gerontología Social**

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

**COMITÉ SINODAL**

Dra. Cs. María Isabel Avalos García  
Dr. en C. Manuel Higinio Morales García  
Directores de Tesis

M. en C. María Trinidad Fuentes Álvarez

M. en C. Crystell Guadalupe Guzmán Priego

M.G.S. Elin González Baños

M.G. Elin del Carmen Quevedo Tejero

M.G.S. María Guadalupe de Jesús Campos Sánchez



UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Jefatura del  
Área de  
Estudios  
de Posgrado

## Carta de cesión de derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 02 del mes de febrero del año 2018, el que suscribe, Heberto Romeo Priego Álvarez, alumno del programa de la Maestría en Gerontología Social, con número de matrícula 161E29002 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Factores asociados a complicaciones postquirúrgicas en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria"** bajo la Dirección de la Dra. en C. María Isabel Ávalos García y Dr. Manuel Higinio Morales García.

Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [Heberto\\_priego@hotmail.com](mailto:Heberto_priego@hotmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Heberto Romeo Priego Álvarez

Nombre y Firma

Sello



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco el apoyo brindado por Gustavo de la O García, estudiante de la licenciatura de médico cirujano de esta universidad, durante la realización de las entrevistas de adultos mayor viviendo con VIH/SIDA, así como en la transcripción de los textos.

Hago patente mi agradecimiento a todo el personal del CAPASITS Villahermosa y en especial a su directora, Dra. Lorena Castro León, por haber permitido la realización de la investigación y el otorgamiento de facilidades durante la recolección de los datos cualitativos.

Al M. en C. Gabriel Uribe Bracho, responsable del Programa de VIH/SIDA e ITS de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, le reitero mi agradecimiento por proporcionar la base de datos de personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco para el análisis cuantitativo.

En la revisión de los datos epidemiológicos, fue muy valiosa la perspectiva de la Dra. en C. Silva María Guadalupe Garrido Pérez. Igual reconocimiento me merecen los directores de la tesis: Dra. En C. María Isabel Ávalos García y el Dr. Manuel Higinio Morales García.



## **DEDICATORIAS**

Dedico la realización de este trabajo a toda mi familia, en particular a mis padres por la educación dada en valores y perseverancia en la obtención de logros académicos.

A mi esposa e hijo por su comprensión y apoyo durante la realización de este posgrado.

A mis profesores de la maestría y mis amigos docentes, quienes contribuyen a la formación de recursos humanos con visión gerontológica.



## ÍNDICE

	<b>RESUMEN.....</b>	<b>I</b>
	<b>ABSTRACT.....</b>	<b>II</b>
	<b>GLOSARIO.....</b>	<b>III</b>
	<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>IV</b>
<b>I.</b>	<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>10</b>
<b>III.</b>	<b>JUSTIFICACION.....</b>	<b>11</b>
<b>IV</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>V.</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>13</b>
<b>VI.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>VII.</b>	<b>DISCUSION.....</b>	<b>52</b>
<b>VIII.</b>	<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>55</b>
<b>IX.</b>	<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>57</b>
<b>X.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>58</b>



## TABLAS Y FIGURAS

Nombre	Página
Tabla 1. Características sociodemográficas de los informantes (Pacientes con VIH/SIDA de 50 y más años atendidos en el CAPASITS Villahermosa).	14
Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes del grupo focal (Personal de salud del CAPASITS Villahermosa).	16
Tabla 3. Notificación de casos de VIH/SIDA en personas de 50 y más años en Tabasco. (Período 1988-2017)	29
Tabla 4. Características sociodemográficas, estatus y tratamiento retroviral de las personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco periodo 1988-2017.	31
Tabla 5. Notificación de casos de VIH/SIDA en personas de 50 y más años por Municipio en Tabasco	33
Tabla 6. Distribución de casos de VIH/SIDA en personas de 50 y más años por tipo de establecimiento de atención en Tabasco.	34
Tabla 7. Descripción de las características sociodemográficas y tratamiento retroviral de las personas de 50 y más años, registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en CAPASITS Villahermosa. 14 de noviembre de 2017.	35
Figura 1. Enfoque gerontológico de la relación VIH/SIDA y envejecimiento	18
Figura 2. Ínterin psicosocial de los adultos mayores con VIH/SIDA	27
Figura 3. .Notificación de casos de VIH/SIDA en personas de 50 y más años en Tabasco (Período 1988-2017)	29
Figura 4. Distribución geográfica de personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco periodo 1988-2017.	32





## RESUMEN

**INTRODUCCION:** El informe World AIDS Day (2015) advierte sobre un elevado número de adultos mayores infectados al VIH/SIDA y de una progresión más rápida de la enfermedad, señalando entre los factores predisponentes la falta de información y el diagnóstico tardío.

**OBJETIVO:** Analizar los aspectos epidemiológicos, sociosanitarios y psicosociales en los adultos mayores viviendo con VIH/SIDA en Tabasco, México.

**MATERIAL Y METODO:** Investigación de enfoque mixto con diseño explicativo secuencial (Dexplis) en tres etapas. La etapa 1 comprendió la dimensión epidemiológica mediante un análisis documental en el Registro de casos de SIDA. La etapa 2, psicosocial, requirió de entrevistas semiestructuradas a pacientes, y la etapa 3, fue un grupo focal en trabajadores de salud del CAPASITS-Villahermosa.

**RESULTADOS:** Epidemiológicamente existen 893 casos detectados con VIH/SIDA (12.49% del total de notificaciones). En su mayoría, hombres (91.3%), con infección adquirida por transmisión sexual, localizados en los municipios más densamente poblados. El 92% están en tratamiento con TAR. El sistema sociosanitario realiza un diagnóstico tardío por condiciones de invisibilidad del paciente. Los aspectos psicosociales asociados al estigma y la discriminación son el viejismo (ageing), homofobia, pobreza y marginación.

**CONCLUSION:** El desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA en los adultos mayores de Tabasco, no es producto de una evolución en el tratamiento que haya permitido transitar de una etapa aguda a una crónica; sino por el contrario, obedece a un contagio reciente por prácticas sexuales sin protección debido a la desinformación y a la demora de la atención por diagnóstico tardío. En algunos casos existe ocultamiento del estatus de salud como mecanismo de defensa social y familiar.

**Palabras Claves:** VIH/SIDA, Adulto mayor, Epidemiología, Atención Médica, Impacto Psicosocial.



## HIV/AIDS AND ELDERLY. TRIDIMENSIONAL GERONTOLOGICAL ANALYSIS IN TABASCO.

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The report World AIDS Day (2015) warns of a high number of older adults infected with HIV/AIDS and a faster progression disease, pointing among predisposing factors for the lack of information and late diagnosis.

**OBJECTIVE:** To analyze the epidemiologic, sociosanitary and psicosocial aspects in elder adults living with HIV/AIDS in Tabasco, Mexico.

**MATERIAL AND METHODS:** Sequentially explanatory design mixed approach research (Dexplis) in three stages. Stage 1 understood the epidemiological dimension through a documentary analysis to the registry of AIDS cases. Stage 2, psychosocial, it required patients semi-structured interviews, and stage 3, was a focus group on health workers from the CAPASITS-Villahermosa

**RESULTS:** Epidemiologically there are 893 cases detected with HIV/AIDS (12.49% of the total number of notifications). Mostly men (91.3%), with infection acquired by sexual transmission, located in the most densely populated municipalities. 92% are treated with TAR. The healthcare system makes a late diagnosis by invisibility of patient conditions. The associated stigma and discrimination psychosocial aspects are the viejismo (ageing), homophobia, poverty and marginalization.

**CONCLUSION:** The development of the epidemic of HIV/AIDS in adults over Tabasco, is not the product of an evolution in the treatment that has allowed transit to a chronic acute stage; but on the other hand, it is due to a recent spread by unprotected sexual practices due to misinformation and the delay of the late diagnosis care. In some cases there is a concealment of the status of health as a social and family defense mechanism.

**Keywords:** HIV/AIDS, Elder adult, Epidemiologic, Medical assistance, Psychological impact.



## GLOSARIO:

DISLIPIDEMIA	Es la alteración de los niveles de lípidos en la sangre. Los lípidos son un conjunto de moléculas que circulan en la sangre, dentro de las que se encuentran el colesterol total, el colesterol LDL, el colesterol HDL y los triglicéridos.
ENVEJECIMIENTO	Proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes.
EPIDEMIA	Enfermedad que ataca a un gran número de personas o de animales en un mismo lugar y durante un mismo período de tiempo.
GERONTOLOGÍA	Estudio científico del proceso de envejecimiento que abarca diversos aspectos tales como lo biológico, psicológico, social, espiritual, cultural, económico, ecológico, recreativo, ocupacional o productivo, educativo, cognitivo, sexual, legal y sanitario.
INCIDENCIA	Es la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo").
PANDEMIA	Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región.
PREVALENCIA	La proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo"). Por tanto podemos distinguir dos tipos de prevalencia: puntual y de periodo.
VIAGRA	El Citrato de Sildenafil (compuesto UK-92,480), vendido bajo la marca Viagra, es un fármaco utilizado para la disfunción eréctil.



## ABREVIATURAS

ARV	Medicamentos Antiretrovirales
CAPASITS	Centro Ambulatoria para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual
CD4	Cúmulo de diferenciación 4 o <i>cluster of quadruple differentiation</i> en inglés, es una molécula que se expresa en la superficie de algunas células T y en las células dendríticas. Los linfocitos (las células) T CD4 ayudan a coordinar la respuesta inmunitaria al estimular a otros inmunocitos, como los macrófagos, los linfocitos B y los linfocitos T CD8 para combatir la infección. El VIH debilita el sistema inmunitario al destruir los linfocitos CD4.
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA
HAE	Hospital de Alta Especialidad
HC	Hospital Comunitario
HG	Hospital General
HR	Hospital Regional
NTR1	Anticuerpo primario, se utiliza como control negativo (anticuerpo policlonal).
OMS	Organización Mundial de la Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSa	Secretaría de Salud
TAR	Tratamiento con Antiretrovirales
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



## I. INTRODUCCION.

### 1.1 Antecedentes

El Virus de Inmunodeficiencia Humana, mejor conocido como VIH, es causa de una enfermedad mortal que por su alcance se constituyó en una pandemia. El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), en la actualidad es una enfermedad crónica causada por el VIH. Desde 1981, cuando el VIH/SIDA fue reconocido por primera vez como una nueva enfermedad, los científicos han aprendido mucho acerca de cómo una persona se contagia. El virus se transmite al estar en contacto con los líquidos corporales de la persona infectada, en especial por medio de la sangre, el semen y el líquido vaginal.

El VIH daña el sistema inmunológico del cuerpo, es decir, perjudica la capacidad que tiene el organismo para combatir los virus, las bacterias y los hongos que causan infinidad de enfermedades. Por lo tanto el VIH hace más susceptible a las personas afectadas a desarrollar infecciones que su cuerpo en condiciones normales serían capaces de resistir y también incrementa la susceptibilidad para contraer ciertos tipos de cáncer.

### 1.2 Panorama Internacional

Datos oficiales de la Organización de Naciones Unidas (ONUSIDA, 2015) reportaban en el año 2014 que 36,9 millones de personas vivían con el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) e igualmente se consideraba que desde el año 2000, unos 38,1 millones de personas se habían infectado con el VIH y 25,3 millones habían muerto como consecuencia de enfermedades relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En el caso de América Latina en 2014, había 1,7 millones de personas que vivían con el VIH.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera personas de edad avanzada entre los 60 y 74 años; personas viejas o ancianas de 75 a 90 años; y grandes viejos o grandes longevos a personas que superan los 90 años. Personas de la tercera edad son todos aquellos individuos mayores de 60 años. Si bien esta no es la definición de la OMS en cuanto a la ancianidad, la mayoría de los estudios en VIH/SIDA establecen como población adulta mayor a la que excede los 50 años (OMS, 2010).

En el informe *World AIDS Day* del 2015, la OMS reporta un aumento de personas mayores infectadas con VIH, destacándose que:

- *“El número de personas mayores de 50 años con VIH está aumentando en todo el mundo”.*
- *La cifra de mayores de 50 años seropositivos es “sorprendentemente elevada”.*
- *“A esa edad, la gente es menos propensa a usar condones para protegerse durante las relaciones sexuales”.*
- *“Los médicos raramente someten a sus pacientes (ancianos) a una prueba de VIH, de forma que el diagnóstico es habitualmente tardío”.*
- *“Cuanto mayor es una persona, más rápido la infección del VIH da lugar al desarrollo del SIDA”.*

Los autores del informe señalan que la actividad sexual parece ser la principal forma de transmisión del VIH en las personas mayores. Con la aparición de los fármacos que favorecen la erección masculina se prolongó la actividad sexual de las personas mayores, pero no se generó la conciencia suficiente sobre la importancia del uso del preservativo en esta población que “es menos propensa que las generaciones jóvenes a mantener relaciones sexuales protegidas” y tampoco a realizarse rutinariamente pruebas de detección del VIH (Chiao et al, 1999; Kaye y Markus, 1997), aspectos a los que contribuye también la baja percepción del riesgo entre los gerontes, sobre todo en aquellos de menor escolaridad y bajo nivel socioeconómico



(Eboyi et al, 2014). El informe también señala que “Los pocos datos disponibles sugieren una prevalencia y una incidencia elevada de VIH entre las personas de más de 50 años”, “tienen menor tiempo entre el diagnóstico y la aparición del SIDA” (avance más rápido) y “el fracaso de los médicos en la consideración del VIH como diagnóstico” (World AIDS Day, 2015).

La escasez de datos sobre la prevalencia de esta enfermedad en adultos mayores, la falta de campañas de prevención para esta población y la baja indagación por parte de los profesionales de la salud sobre las conductas de riesgo, manifiestan que los prejuicios sobre la sexualidad en la tercera edad siguen vigentes (Correa et al, 2015), sin tener en cuenta que la cifra de mayores de 50 años que contrajeron el virus es “sorprendentemente elevada” (OMS, 2015).

Al respecto, cabe apuntar que la expectativa de vida de las personas que viven con HIV/SIDA ha experimentado un aumento considerable en la era de los tratamientos antiretrovirales (TAR). Además, se ha descrito el aumento de infecciones nuevas en adultos de mayor edad (Brown,1997). Las personas de alrededor de sesenta años son actualmente más activas que hace unos veinte años. Evidentemente, esto incluye la actividad sexual, facilitada en muchos casos por nuevos medicamentos tales como el sildenafil y compuestos similares (Cahn, 2013).

La población con sida está envejeciendo. Por ejemplo, en 2005, en los Estados Unidos, el 15% de los diagnósticos de VIH/SIDA nuevos correspondía a personas  $\geq$  50 años, 24 % de las personas que vivían con VIH/SIDA, lo que significa un aumento neto de 17% respecto de 2001. Este grupo también representaban el 19% de los diagnósticos de SIDA, 29% de las personas que vivían con VIH y 35% de todas las personas que padecían SIDA y fallecieron en 2005 (Centers for Disease Control and Prevention, 2017).



### **1.3 Panorama Nacional**

Según datos oficiales de la Secretaría de Salud, en 1983 se presentó el primer caso de SIDA en México. Desde entonces y hasta el 30 de junio del 2017, había un registro acumulado de 260 865 personas que se habían infectado con VIH o desarrollado el SIDA. De ellas, 144 223 se encontraban con vida, pero 100 694 ya habían fallecido y en 15 898 se desconocía su estatus (Milenio Digital, 2017).

De acuerdo al Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH y del SIDA en México, a diciembre del 2016 eran 220 mil personas las que vivían con VIH (200-240 mil). Para el 2020, se estima que serán 250 mil y que el 57% de las personas que vivirán con VIH para ese año en la actualidad ya conocen su estado serológico. Esta misma fuente refiere que al 30 de junio del 2016, 141 mil personas tenían acceso a tratamiento antirretroviral en todo el país (140,979), que La tasa de mortalidad por VIH era de 3.8 por 100 mil habitantes, siendo de 1.3 en mujeres y 6.4 en hombres (cierre 2016), También señaló que se dio un 15% de reducción en la tasa de incidencia estimada del VIH durante el periodo 2005-2016 (0.12-0.10 por cada mil habitantes), que se registraban 12 mil nuevas infecciones por VIH al año, y que cada día, 33 personas adquieren el VIH (CENSIDA 2017).

### **1.4 Panorama Estatal**

Según datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México (Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 15 de noviembre de 2016) Tabasco es el cuarto estado con mayor tasa de casos nuevos diagnosticados por VIH en el 2016 (tasa de 7.6 por cada 100,000 habitantes) precedido por los estados de Campeche, Yucatán y Quintana Roo con tasas de 17.4, 13.7 y 7.8 respectivamente. Bajo esta misma fuente la incidencia (se refiere al número de casos,





entre la población total de la entidad federativa por 100,000 habitantes) reportada para Tabasco en 2016 fue 7.6 con un total de 183 casos nuevos registrados.

Actualmente la prevalencia del VIH en Tabasco es la más elevada del país, con una tasa de 9.3 por 100,000 habitantes (CENSIDA, 2017).

## **1.5 Estudios relacionados**

Algunos de los problemas nuevos relacionados con la población de 50 y más años incluyen a los médicos, quienes frecuentemente no consideran que esta población está en riesgo de padecer VIH, por lo que retrasan los test de detección de pacientes que presentan síntomas hasta que descartan otras enfermedades. Igualmente es menos probable que los pacientes asintomáticos se presenten espontáneamente para hacerse la prueba de VIH y que, la probabilidad de que los pacientes de mayor edad sufran comorbilidades que requieren la prescripción de medicamentos concomitantes es mayor que para los pacientes más jóvenes, y con potencial para interacciones entre medicamentos.

Las toxicidades de TAR, particularmente, la dislipidemia, resistencia a la insulina y pancreatitis también pueden ser peores en pacientes mayores con VIH. Hay mayor incidencia de enfermedad cardiovascular en pacientes mayores, la exposición a inhibidores de proteasa se ha destacado como un factor de riesgo propiamente dicho. En particular, las drogas tales como indinavir y lopinavir/ritonavir, pero también los NRTI como abacavir y didanosina se han asociado con un mayor riesgo de dislipidemia, síndrome metabólico y/o infarto de miocardio y otros eventos relacionados. Dado que algunos de estos hallazgos no se confirmaron en otros estudios, se recomienda precaución cuando se recetan dichos medicamentos a pacientes que presentan otros factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, ahora se entiende que la patogénesis de la enfermedad del VIH es que



el virus induce una respuesta inflamatoria permanente que tarde o temprano afecta distintos órganos y sistemas, como el SNC, hígado, riñones, huesos y otros, y también afecta el riesgo de padecer "cáncer no asociado con SIDA".

En resumidas cuentas, el SIDA puede considerarse como una enfermedad que acelera el envejecimiento por la inducción de la activación inmune que, a su vez, promueve el estado inflamatorio, responsable del mayor aumento de enfermedades graves de órganos esenciales, pero se ha demostrado que el uso de la terapia antirretroviral (TAR) en los pacientes VIH/SIDA de la tercera edad aumentan los linfocitos T CD4+ y disminuyen la carga viral, lo que evidencia la reconstitución inmunológica y el control virológico; de ahí la importancia de una buena adherencia terapéutica y un adecuado control médico para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

## **1.6 Un enfoque gerontológico en la relación VIH/SIDA y el envejecer**

La Gerontología (del griego *Geron*, «hombre viejo» y *logos*, «estudio», «tratado») se dedica al estudio científico del proceso de envejecimiento que abarca diversos aspectos tales como lo biológico, psicológico, social, espiritual, cultural, económico, ecológico, recreativo, ocupacional o productivo, educativo, cognitivo, sexual, legal y sanitario.

Para el estudio gerontológico de las consecuencias inmediatas del envejecimiento del SIDA deben considerarse al menos tres dimensiones de análisis: a) epidemiológico, b) sociosanitario (cuidado clínico) y el c) componente psicosocial (Priego-Álvarez et al, 2017). Ver figura 1.

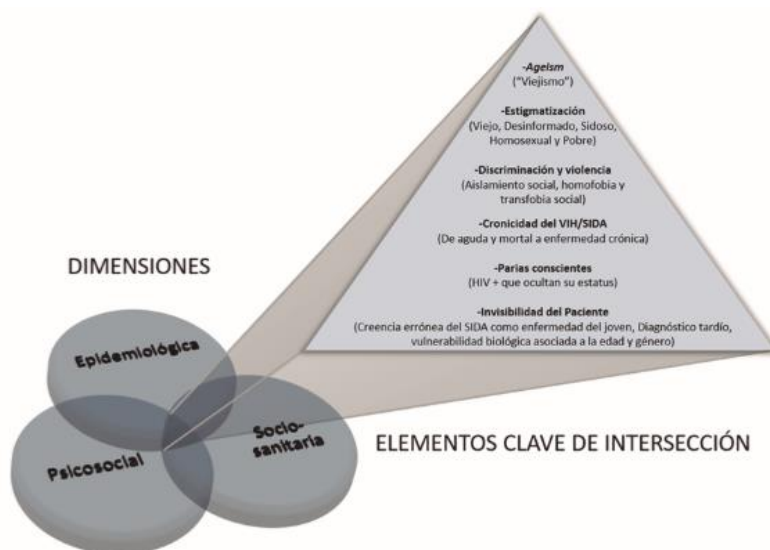


FIGURA 1. Enfoque gerontológico de la relación VIH/SIDA y envejecimiento.

- a) Desde lo **epidemiológico** considerar que un mayor tiempo de vida de las personas que viven con HIV implica mayores índices de prevalencia, ya que los índices de incidencia están estables o en aumento y, por lo tanto, la carga logística y financiera para la sociedad aumentará a medida que pasa el tiempo.
- b) Respecto al **componente sociosanitario**, se parte de un de un punto de vista clínico que es cada vez más complejo. El escenario futuro requiere la vinculación de la práctica de la medicina del VIH con la atención de enfermedades crónicas en pacientes pluripatológicos (enfermedades crónicas complejas). Esto podría ser posible a corto plazo en países ricos con sistemas del cuidado de la salud organizados razonablemente, pero, ciertamente, añade un nuevo desafío para los países de bajos ingresos con sistemas de cuidado médico desorganizados (Cahn, 2013).
- c) En cuanto a los **aspectos psicosociales** que emergen por el envejecimiento de la epidemia del SIDA destacan el "viejismo" (*ageism*) y el estigma, pudiéndose hablar ya de una doble, e incluso de una triple o múltiple estigmatización: sidoso,



homosexual, viejo, desinformado, pobre y marginado (Masten, 2007; Lyons et al, 2010; Parker et al, 2011, Emler et al, 2009; Frost et al, 2007). También lo relacionado con vinculación, apoyo y aislamiento social (Roger et al, 2013), discriminación y violencias hacia el adulto mayor infectado (Levy-Dweck, 2005; Poindexter y Shippy, 2010), que pueden generar “parias conscientes”, es decir: sujetos VIH positivos que ocultan su estatus de infectado en vez de luchar por adaptarse desde esa posición – estigma (Zirulnik, 2010),

En cuanto a los aspectos de género, es posible afirmar que “El SIDA aumenta en edad y se feminiza”, ya que las mujeres mayores son más vulnerables frente al VIH que los hombres por diversas cuestiones:

- a) Biológicas: Con el paso de los años el tejido vaginal se vuelve más frágil presentando un alto riesgo de contagio durante las relaciones sexuales sin preservativo.
- b) Anátomo-fisiológicas: En las mujeres mayores la infección lleva más rápido a la muerte, entre los factores se encuentran la fragilidad de las mucosas y la deficiencia de estrógeno.
- c) Sociosanitarias: Un diagnóstico tardío porque la mujer no se imagina que puede contraer SIDA y los profesionales de la salud no indagan en la vida sexual de los pacientes mayores, mucho menos si son mujeres, y la progresión de la infección a la etapa de la enfermedad se da en un lapso mucho más corto que en los hombres mayores.
- d) Psicosociales: Los hombres mayores cada vez más consumen fármacos para contrarrestar la disfunción eréctil y a veces suelen recurrir a trabajadoras del sexo y a prácticas peligrosas (porque en su generación no usaban preservativo); después vuelven a sus casas y contagian a sus esposas o parejas. Las mujeres también suelen recurrir a prácticas peligrosas “relaciones sexuales sin preservativo” cuando tienen alguna relación ocasional, dado que son mujeres de 50 años y más, sin pareja, divorciadas o viudas, pero como ya pasaron la edad



reproductiva no se cuidan, sin tener en cuenta que pueden contraer el VIH (Muñiz, 2011).

A los anteriores estigmas y elementos de discriminación debe añadirse el de ser “viejos desinformados” sobre el VIH y a la falsa creencia de que el SIDA es una “enfermedad de jóvenes”, tanto por este segmento etario como por los profesionales de la salud, haciendo de los viejos infectados una “población invisible” (Patterson, 2014).



## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las múltiples condiciones de estigmatización: viejo, desinformado, sidoso, homosexual y pobre; aunadas a otros factores de vulnerabilidad y discriminación social, son obstáculos importantes en la prevención y tratamiento del VIH. El sistema sociosanitario no identifica oportunamente las necesidades del adulto mayor, generándose una progresión silenciosa y una atención tardía de la epidemia (condición de invisibilidad).

El creciente envejecimiento de los portadores y enfermos del VIH/SIDA en el mundo pone en dilema a los sistemas sanitarios, a los profesionales de la salud y científicos, ya que no están suficientemente preparados para afrontar este problema (Gorman, 2006), en particular por las recriminaciones y creencias erróneas del adulto mayor como ser asexuado (Sun y Waxman, 2011), y por otra parte, y aún más importante, es el impacto que el VIH/SIDA tiene en los hogares de los afectados y los cambios que conlleva para las redes de apoyo (Wachter et al, 2000; Karpiak, 2016).

En el ámbito mexicano y en particular en Tabasco, es poco lo que sabe sobre la infección, desarrollo y evolución del VIH/SIDA en los adultos mayores, por lo que una investigación que aporte información al respecto será de mucha utilidad para el establecimiento de políticas de prevención y de atención sociosanitaria para este segmento poblacional.



### III. JUSTIFICACIÓN

Hablar de VIH-SIDA en adultos mayores sigue siendo un tabú, a pesar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que las personas de 50 años y más infectadas con el virus “aumenta en el mundo” y más lamentable lo es cuando hay vacíos en el conocimiento de este grupo etario sobre el concepto VIH/SIDA, grupos de riesgo, formas de transmisión, vulnerabilidad y otros factores que contribuyen al aumento de esta enfermedad (Texeira de Souza et al, 2009).

Aunque la disfunción eréctil es común y los fármacos están ampliamente disponibles en los países en desarrollo, no se han realizado estudios de su posible contribución al impacto de la epidemia de VIH, pero su uso en los países industrializados se relacionó con prácticas de seguridad riesgosas. Sin embargo, la responsabilidad no está en estos medicamentos, sino en la falta de información. No se ha estudiado tampoco la actividad sexual de las personas mayores de los países pobres, por eso no hay datos sobre la prevalencia de VIH entre las personas de edad en países en desarrollo (Caffe et al, 2011).

Si bien, la respuesta nacional de los Estados miembros de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS) a la epidemia por el VIH ha progresado considerablemente en los últimos 35 años, tal es el caso de México donde se han establecido programas sobre el VIH, la mortalidad por el VIH ha disminuido, se han ampliado los servicios para tratar la infección y prevenir su transmisión; los avances son frágiles y queda mucho por hacer, siendo retos claves: el estigma y la discriminación, la limitada sostenibilidad financiera, los sistemas de salud endeble y los enfoques verticales deben abordarse para mantener el progreso y completar la agenda inconclusa; siendo también prioritaria la cooperación técnica para promover y proteger los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH (Narro, 2016). Al respecto, cabe apuntar el reciente posicionamiento del 08 de junio de nuestro país ante la Organización Mundial de las Naciones Unidas (ONU) en la ciudad de Nueva York, en



donde el Dr. José Narro Robles en la Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA 2016 declaró que “el VIH no es un problema exclusivo de algunas regiones del mundo, es un asunto de todos los países que demanda construir sociedades incluyentes donde las personas tengan los mismos derechos” y propuso “escuchar a las poblaciones clave involucradas e incorporarlas en la respuesta de cada país, abordar los temas de la diversidad sexual y combatir la homofobia y transfobia social, con pleno respeto a los derechos humanos”, por ello consideró prioritario “fortalecer las estrategias integrales que respondan a las necesidades y proporcionar los elementos para una sexualidad responsable, informada y protegida” (Narro, 2016).

De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA, 2016), hace hincapié en que en los próximos cinco años debe haber una respuesta acelerada a este padecimiento con el fin de alcanzar las metas planteadas para el 2020, como son: menos de 500,000 infecciones nuevas por el VIH, menos de 500,000 muertes relacionadas con el SIDA y, acabar con la discriminación relacionada con el SIDA. Todo lo anterior a fin de lograr el éxito en la estrategia global para poner fin a la epidemia de SIDA como amenaza para la salud pública en el año 2030.

Dado el desconocimiento existente de la situación de los adultos mayores viviendo con VIH/SIDA en el estado de Tabasco, resulta imprescindible la realización de un estudio gerontológico, en el que mediante un abordaje tridimensional (epidemiológico, sociosanitario y psicosociales), arroje información atinente que permita a los tomadores de decisiones establecer políticas y programas que apoyen la prevención de la epidemia, mejoren las condiciones de atención médica y de apoyo social del grupo etario afectado, así como en la inclusión de contenidos para sensibilizar y mejorar la formación de los recursos humanos para la salud. Para tal efecto, se planea establecer lazos colaborativos con las áreas responsables de los programas de lucha contra el SIDA del Sector Salud en Tabasco, con las Instituciones Sociales de apoyo a grupos vulnerables nacionales y estatales, así como al programa de





posgrado Maestría en Gerontología Social Integral de la DACS-UJAT, a quienes sin duda los resultados de la investigación le serán de utilidad.

## **IV.OBJETIVOS**

### **4.1 General:**

Analizar los aspectos epidemiológicos, sociosanitarios y psicosociales en los adultos mayores viviendo con VIH/SIDA en el estado de Tabasco.

### **4.2 Específicos:**

- Establecer las características epidemiológicas del envejecimiento del SIDA en Tabasco.
- Describir las condiciones sociosanitarias en la prestación de servicios a la población de 50 y más años viviendo con VIH/SIDA en Tabasco.
- Identificar los aspectos psicosociales presentes interna y externamente en los adultos mayores con VIH/SIDA.

## **V. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 Tipo de investigación:**

Investigación de enfoque mixto con un diseño explicativo secuencial (Dexplis), lo que implica un proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema. El estudio consideró 3 etapas de recolección de datos.

En la etapa 1 el análisis fue cuantitativo mediante una revisión documental. Para la etapa 2, el estudio cualitativo se basó en la fenomenología, con la finalidad de explorar las creencias y vivencias de los pacientes respecto al VIH. Los estudios



basados en la postura fenomenológica pretenden una descripción de los significados que las personas atribuyen diversos aspectos de su vida, con el supuesto de que éstos influyen en la manera en que viven y se comportan (Creswell, 2009). Y en la etapa 3, el grupo focal permitió un análisis cualitativo de la opinión de los proveedores de atención (profesionales de la salud y directivo del CAPASITS Villahermosa).

## 5.2 Universo:

Pacientes de 50 y más años diagnosticados con VIH/Sida por la Secretaría de Salud en el estado de Tabasco con fecha de corte de 1998 hasta el 14 de noviembre del 2017 (N=893)

## 5.3 Muestra:

Se consideró una muestra no probabilística por conveniencia basada en los siguientes criterios: la concentración geográfica de los casos y la calidad de los datos: 23 pacientes con VIH/Sida de 50 y más años que se encuentran activos o en control CAPASITS Villahermosa de la Secretaría de Salud.

Finalmente la población en estudio considerada en el CAPASITS Villahermosa fue de 9 informantes (39% de los casos atendidos en el centro en ese grupo etario); sus características sociodemográficas se definen en la Tabla 1.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los informantes (Pacientes con VIH/SIDA de 50 y más años atendidos en el CAPASITS Villahermosa).**

No.	E d a d	Sexo	Residen cia	Lugar de origen	Esta- do civil	Ocupa- Ción	Escolari dad	Religión	Nivel socioe conó Mico	Orienta- ción sexual	Tiempo de saberse infectado
E-1	56	Hombre	Urbana (Villaher mosa)	Villaher- mosa, Tabasco	Soltero	Asesor Financie ro	Licenciat ura (Econo mista)	Católica	Alta	Homose xual	21 años
E-2	51	Hombre	Urbana (Col. Gaviotas Norte, Villaher mosa)	Papantla, Veracruz	Soltero	Estilista	Secunda ria	Católico (no practicant e)	Bajo	Homose xual	10 años
E-3	59	Hombre	Rural (Ranche)	Oxtuacá n,	Soltero	Cociner o	Primaria	Cristiano Adventista	Bajo	Homose xual	5 años



			ría Anacleto Canabal 1ª. Sección. Centro)	Chiapas								
E-4	57	Hombre	Urbano (Villahermosa)	Villahermosa, Tabasco	Divorciado	Vigilante, Franelero	3ero. de primaria	Ateo	Bajo	Bisexual	1 año	
E-5	61	Mujer	Suburbana (Saloya, Nacajuca, Tabasco)	Huimanguillo; Tabasco	Viuda	Labores del Hogar	3ero. de primaria	Cristiano Evangélico	Bajo	Heterosexual	9 meses	
E-6	64	Hombre	Urbano (Villahermosa)	Villahermosa, Tabasco	Casado	Liquidado / sin trabajo	Licenciatura (Ingeniero electricista)	Cristiano	Bajo	Heterosexual	8 meses	
E-7	70	Hombre	Rural (Ranchería Sandial, Nacajuca, Tabasco)	Nacajuca, Tabasco	Casado	Campesino	1ero. De primaria	Católico	Bajo	Heterosexual	9 meses	
E-8	66	Mujer	Rural (Ranchería Sandial, Nacajuca, Tabasco)	Nacajuca, Tabasco	Casada	Labores del Hogar	Analfabeta	Católica	Bajo	Heterosexual	9 meses	
E-9	85	Hombre	Urbano (Col. Gaviotas, Villahermosa)	Ranch, Pajonal, Centro, Tabasco.	Casado	Artesano	3ero. de primaria	Católico	Bajo	Heterosexual	3 años	

Como complemento al estudio, en la etapa 3 de la investigación se obtuvo mayor información sobre las condiciones epidemiológicas, sociosanitarias y psicosociales de los adultos mayores infectados por VIH/SIDA mediante un grupo focal realizado en proveedores de salud y directivos que laboran en el CAPASITS Villahermosa, sus características se definen en la tabla 2.



**Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes del grupo focal (Personal de salud del CAPASITS Villahermosa).**

No.	Sexo	Edad	Escolaridad	Puesto laboral	Antigüedad
GF-1	Mujer	42	Licenciatura en Medicina. Maestría en atención primaria de la salud	Responsable de la unidad (CAPASITS)	1 año en la Unidad. 18 años en la SSa
GF-2	Mujer	47	Licenciatura en Medicina. Especialista en Medicina Familiar	Médico tratante	1 año 7 meses en la Unidad. 16 años en la SSa
GF-3	Hombre	51	Licenciatura en Medicina. Especialista en Medicina Familiar	Médico tratante	7 años en la Unidad 15 años en la SSa
GF-4	Mujer	34	Licenciatura en Psicología	Psicóloga	7 años en la Unidad 9 años en la SSa
GF-5	Mujer	38	Licenciatura en Trabajo Social	Trabajadora Social	1 año en la Unidad 2 años en la SSa
GF-6	Hombre	44	Licenciatura en Medicina. Especialista en Medicina Familiar	Médico tratante	8 años en la unidad 21 años en la SSa

#### **5.4 Criterios de inclusión y exclusión:**

##### **5.4.1. Inclusión:**

Tener 50 y más años de edad y con VIH/SIDA

Residir en el estado de Tabasco

Estar en control bajo atención médica por el CAPASIT - Villahermosa

##### **5.4.2. Exclusión:**

No aceptar participar en el estudio



### 5.5 Método e instrumento de recolección de datos:

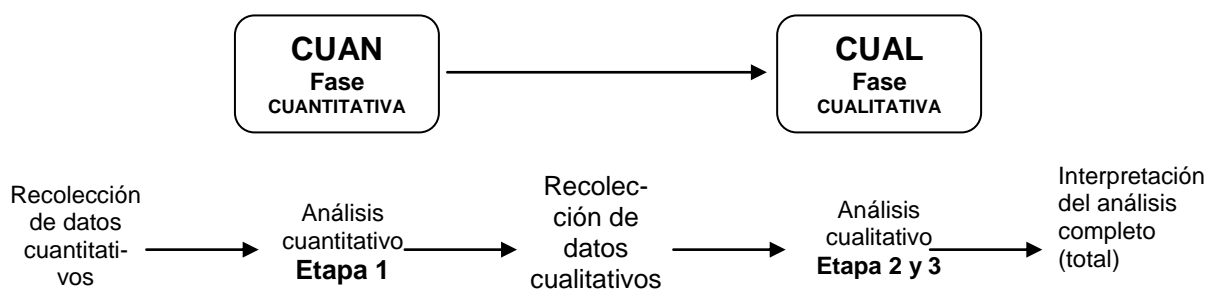
Como se mencionó anteriormente y de acuerdo a Hernández-Sampieri et al (2010), se consideró un diseño metodológico explicativo secuencial (dexplis), que tuvo tres etapas secuenciales de recolección y análisis de datos:

<b>Diseño metodológico</b>	<b>Etapas 1</b>	<b>Etapas 2</b>	<b>Etapas 3</b>
<b>Tipo de estudio</b>	Cuantitativo	Cualitativo	Cualitativo
<b>Dimensión</b>	Epidemiológica	Psicosocial	Sociosanitaria
<b>Método</b>	Análisis documental	Entrevistas semiestructuradas	Grupo focal
<b>Población en estudio</b>	Personas con VIH/SIDA de 50 y más años	Personas con VIH/SIDA de 50 y más años	Proveedores de atención (personal de salud)
<b>Universo</b>	N= 893	n= 9	n= 6
<b>Muestra</b>	n= 23		
<b>Criterios de inclusión</b>	50 y más años de edad Con VIH/Sida Residencia en Tabasco Notificación en SALVAT/SINAVE	50 y más años de edad Con VIH/Sida Residencia en el estado de Tabasco En control bajo atención médica por el CAPASIT – Villahermosa.	Pertenecer a la plantilla profesionales de la salud en atención directa de pacientes y directivo del CAPASIT/ Villahermosa
<b>Criterio de exclusión</b>	Información incompleta	No querer participar en el estudio	No querer participar en el estudio



Este diseño de enfoque mixto se caracteriza por su realización en dos fases y tres etapas. La fase inicial comprende un análisis cuantitativo (etapa 1), y la fase secuencial recolección y análisis cualitativo (etapa 2 y 3). Ver figura 1.

**Figura 1. Diseño metodológico de proceso mixto:  
Explicativo Secuencial (Dexplis)**



En la primera etapa se obtienen los datos cuantitativos (Registro Nacional de casos de SIDA) y se analizan los casos presentados en Tabasco en personas de 50 y más años.

En la segunda y tercera etapa se recogen y evalúan datos cualitativos obtenidas de **entrevistas semiestructuradas** a pacientes (personas mayores infectadas por VIH de 50 y más años activos o en control) y un **grupo focal** a profesionales de la salud (médicos, psicóloga, trabajadora social y directora) del CAPASITS Villahermosa (Centro Ambulatoria para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual), con base a las tres dimensiones consideradas: epidemiológica, sociosanitaria y psicosocial.



Durante la etapa 2, se elaboró una **guía de entrevista** con preguntas detonantes (iniciadoras) agrupadas por dimensión de estudio. Al final, se hicieron dos preguntas abiertas para invitar a la expresión libre de aspectos complementarios o no contemplados en las cuestionamientos pre-establecidos.

Esta guía de entrevista con preguntas agrupadas por dimensión de estudio fueron validadas a través de un **proceso Delphi modificado** con 4 expertos (dos sexólogos, un cientista social enfocado al envejecimiento y un epidemiólogo social) quienes finalmente lo aprobaron por consenso después de tres rondas de consultas vía correo electrónico.

Las entrevistas fueron realizadas en un cubículo cerrado con buenas condiciones de privacidad en las instalaciones del CAPASITS. El tiempo de la entrevista no estuvo limitado, y en promedio tuvieron una duración de 1.20 horas. Cabe apuntar que previamente a la entrevista, se solicitó el consentimiento informado de acuerdo a los criterios considerados a ley General de Salud y los consensos internacionales para investigación en salud.

Para la etapa 3, grupo focal realizado en proveedores de atención (profesionales de la salud en contacto directo con pacientes y un directivo) se elaboraron unas **preguntas detonantes** (iniciadoras de la discusión) de acuerdo a las tres dimensiones consideradas en el estudio.

A los participantes del grupo focal se les asignó un número de identificación, colocándole una papeleta en la mesa frente a su asiento. Al inicio, se les explicó los motivos del estudio y la importancia de su colaboración, asegurándoles privacidad y libertad para sus expresiones.

El grupo focal se desarrolló durante 2.15 hr. en la sala de juntas del personal del CAPASITS Villahermosa.



## 5.6 Análisis de datos:

La mezcla mixta ocurre cuando los resultados cuantitativos iniciales informan a la recolección de los datos cualitativos. Cabe señalar que la segunda fase se construye sobre los resultados de la primera. Finalmente, los descubrimientos de ambas fases se integran en la interpretación y elaboración del reporte del estudio. Como es sabido los estudios cuantitativos arrojan representatividad, pero los estudios cualitativos dan profundidad en la información obtenida. En este modelo investigativo utilizado (Explicativo Secuencial), los resultados cualitativos sirvieron para auxiliar en la interpretación y explicación de los descubrimientos cuantitativos iniciales, así como profundizar en éstos. Lo cual resulta valioso porque en la información disponible de registros oficiales (Registro Nacional de casos de Sida en México), no se recaban muchos datos. Por lo que en este estudio, se le concedió prioridad a la fase cualitativa, ya que se usó para caracterizar casos de VIH/SIDA en adultos mayores, a través de ciertos rasgos o elementos de interés relacionados con el planteamiento del problema.

## 5.7 Operacionalización de variables

En la **Etapa 1:** Estudio cuantitativo mediante el análisis documental del Registro de *Datos de personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco*. Sistema de Administración, Logística para la Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR) del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), las variables de análisis consideradas fueron:





Dimensiones	Variable de análisis	Ítems
EPIDEMIOLOGICA Propagación de la epidemia VIH/SIDA	Sexo	Hombre / Mujer
	Edad	Rango de 50 y más años
	Procedencia de los casos	Tabasco /otras entidades federativas
SOCIOSANITARIA Atención médica	Jurisdicción Sanitaria	Especificación de la jurisdicción sanitaria en la que se encuentra adscrito el paciente (17 jurisdicciones).
	Establecimiento médico de atención	CAPASITS / Hospitales
	Tipo de tratamiento	Tratamiento con ARV / Control sin ARV
	Estatus	Activos – Bajas

Para la **Etapa 2:** Estudio cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a personas infectadas con VIH/SIDA de 50 y más años que son atendidas en el CAPASITS – Villahermosa, se consideraron las siguientes categorías analíticas:

Dimensiones	Categorías de análisis	Ítems
EPIDEMIOLOGICA Propagación de la epidemia VIH/SIDA	Sociodemográfico	Edad Sexo Residencia Área rural o urbana Lugar de origen Ocupación Escolaridad Estado civil Religión Consideración de nivel socioeconómico



	Identidad sexual	¿Se considera usted hombre o mujer? ¿Le gustan los hombres, las mujeres o ambos?
	Actividad sexual	Mantiene relaciones sexuales
	Medidas de prevención	¿Usa usted preservativo en sus relaciones sexuales?
	Disfunción sexual	¿Tiene algún problema al momento de tener sus relaciones sexuales? ¿Toma usted algún fármaco para la disfunción sexual? ¿Cuál?
	Promiscuidad sexual	¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? Cuántos compañeros sexuales posee actualmente
	Modo de transmisión	¿Cómo contrajo usted el VIH?
	Conocimiento sobre VIH/SIDA	¿Qué sabía usted acerca del VIH/SIDA antes de su diagnóstico? ¿cómo supo de esta enfermedad/ quién compartió esta información con usted? ¿Considera usted que es bueno tener información sobre VIH/SIDA? ¿Le habían informado sobre la importancia de uso del preservativo para evitar las enfermedades de transmisión sexual?



		<p>¿estaba consciente de la posibilidad de la posibilidad de contagio sin medidas de prevención?</p> <p>¿considera que existe estigma/ preconceptos contra las personas portadoras de VIH-SIDA?</p>
	Opinión general sobre la relación de la sexualidad en adultos mayores con el VIH/SIDA	<p>¿Qué opinión tiene sobre las relaciones sexuales en personas de su edad o mayores que usted?</p> <p>¿Qué opina usted sobre relación entre la sexualidad en adultos mayores con el VIH/SIDA?</p>
SOCIOSANITARIA Diagnóstico y atención médica	Búsqueda e inicio de la atención	<p>¿Por qué surgió la búsqueda del diagnóstico?</p> <p>¿tenía algún síntoma?</p> <p>¿quién o quienes participaron en el momento del diagnóstico?</p> <p>Vivencia del momento de diagnóstico</p> <p>¿recuerda que sentía en ese momento?</p>
	Método de diagnóstico	¿Cómo le diagnosticaron VIH/SIDA?
	Tiempo de diagnóstico	¿Hace cuánto se lo diagnosticaron? (año de diagnóstico)
	Tratamiento	<p>¿recibió tratamiento?</p> <p>¿actualmente continua con su tratamiento? ¿Es constante en su toma?</p> <p>¿recibió y/o recibe información actualizada sobre la dosis, efecto y la importancia de la toma de sus medicamentos?</p> <p>¿tiene dificultades para recibir atención médica y</p>



		medicamentos actualmente? ¿cómo considera la atención médica que recibe?
	Percepción de los efectos del VIH/SIDA	¿Cómo considera le afectó el diagnóstico a nivel sexual y corporal?
	Afrontamiento a la enfermedad	¿Cómo fue la postura del profesional de salud que compartió con usted la información? ¿Qué pensó usted cuando le dijeron que tenía esta enfermedad? ¿Le fue difícil afrontarla?
	Enfermedades concomitantes	¿Tiene usted alguna otra enfermedad?
PSICOSOCIAL Efectos psicosociales	Percepción de los efectos psicológicos del VIH/SIDA	¿Considera usted que el diagnóstico le afectó psicológicamente o que su estado de ánimo cambió?  Percepción (a priori) sobre el VIH-SIDA vs. Opinión (a posteriori) sobre el VIH-SIDA
	Red de apoyo	¿Tuvo apoyo de sus familiares o personas cercanas cuando le diagnosticaron el VIH/SIDA? ¿Ha presentado algún problema por el hecho de tener VIH/SIDA? (estigma o discriminación)
	Adaptación a la enfermedad (afrontamiento)	¿Qué ha sido lo más difícil para usted durante todos estos años viviendo con VIH? ¿Cómo se siente ahora? ¿Qué piensa hacer los próximos años? (proyectos de vida)



Durante la **Etapa 3**: Estudio cualitativo mediante un grupo focal realizado a proveedores de atención y directivo del CAPASITS – Villahermosa, se consideraron las siguientes categorías analíticas:

<b>Dimensiones</b>	<b>Categorías de análisis</b>	<b>Ítems</b>
EPIDEMIOLOGICA	Factores condicionantes para el contagio de VIH/SIDA en adultos mayores.	¿Qué aspectos pudieran influir en el contagio del VIH/SIDA en los adultos mayores?
	Sexualidad del adulto mayor	¿Tienen sexo los adultos mayores?
SOCIOSANITARIA	Factores intervinientes en el desarrollo del SIDA en adultos mayores.	¿Qué aspectos pudieran intervenir en el desarrollo de la enfermedad (SIDA) en el adulto mayor?
	Enfermedades crónicas complejas (pacientes pluripatológicos)	¿El VIH/SIDA puede estar presente con otras patologías en el adulto mayor?
	Diagnóstico y pronóstico	¿Es difícil establecer el diagnóstico de VIH/SIDA en los viejos?  ¿Cómo es su pronóstico?
	Colaboración/abandono del tratamiento	¿Un adulto mayor colabora o abandona el tratamiento menos, igual o más que los enfermos jóvenes?
PSICOSOCIAL	Depresión y soledad	¿Los adultos mayores con VIH/SIDA viven su enfermedad en soledad?  ¿Un adulto mayor con VIH cae con mayor facilidad en depresión?
	Estigmas y discriminación	¿El hecho de ser viejo es un factor de discriminación



en los afectados por VIH?

¿El VIH/SIDA en el adulto mayor puede aumentar la pobreza?

## 5.8 Consideraciones Éticas

La investigación se ajusta a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Se clasifica como investigación sin riesgo, ya que se emplearon técnicas y métodos que no modifican, ni intervienen en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

Se fundamenta en los siguientes artículos:

Art 13 Protección de derecho, bienestar durante la encuesta

Art 14 Consentimiento informado

Art 16 Privacidad

Art 18 Suspensión de entrevista

Art 22 Consentimiento informado por escrito

“Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial”

2013: “En la investigación Médica es deber del Médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano”.

## VI. RESULTADOS

Son variados los factores condicionantes e intervinientes presentes en el contagio y evolución de VIH/SIDA en adultos mayores. Pudiera decirse que hay un íterin (proceso), en el cual se identifican los aspectos presentes en tres importantes momentos: propagación de la epidemia, diagnóstico y atención médica y efectos psicosociales. Este íterin psicosocial no obedece a un sentido lineal en su desarrollo, sino que es circular con múltiples implicaciones (Figura 2).

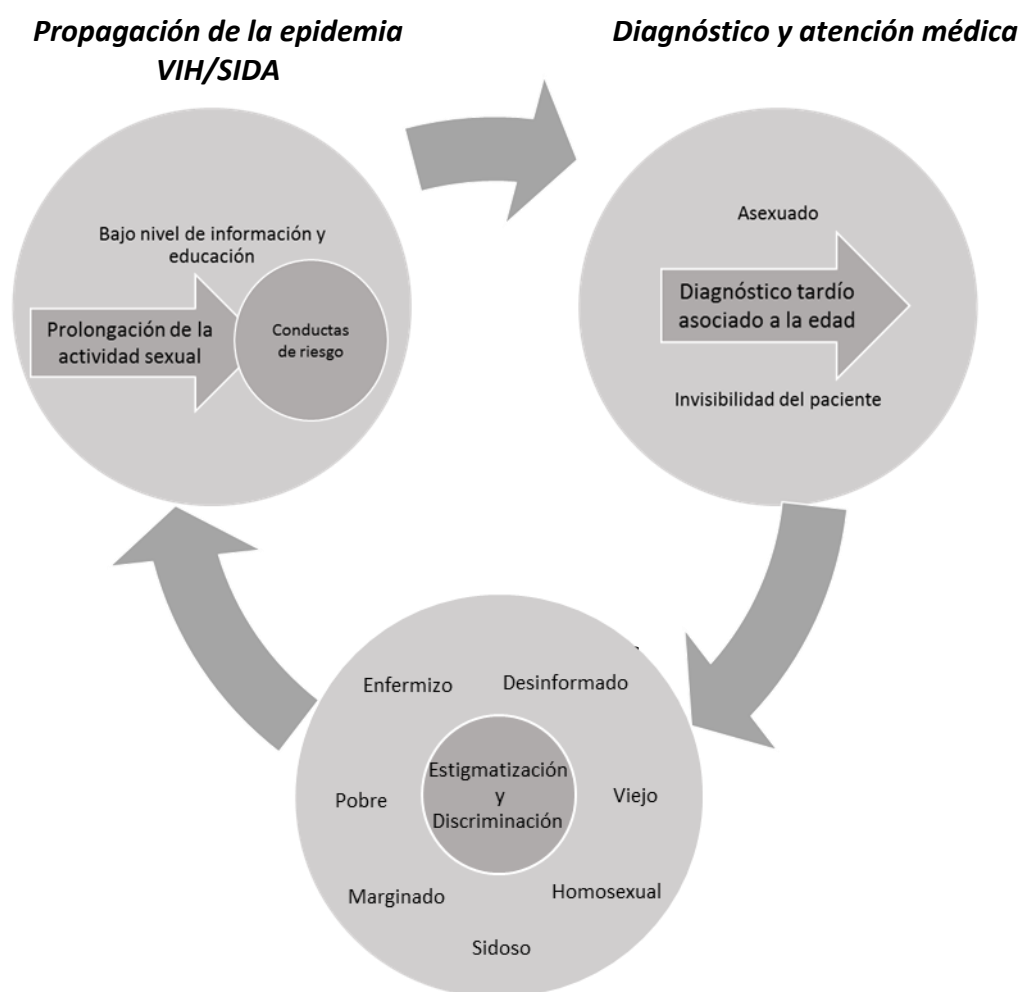


Figura 2. Íterin psicosocial de los adultos mayores con VIH/SIDA.



## A. Aspectos epidemiológicos

### Propagación de la epidemia VIH/SIDA

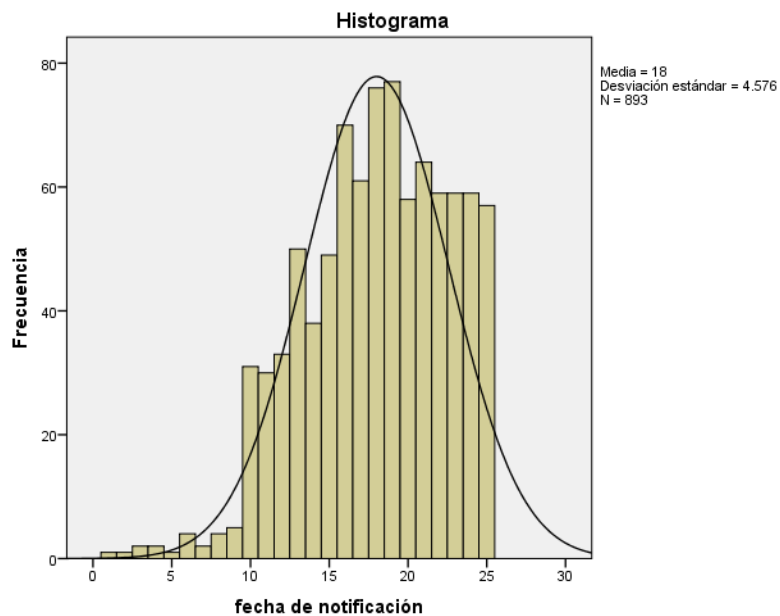
Según datos oficiales de la Secretaría de Salud (Registro Nacional de casos de SIDA), en Tabasco se tienen notificados un total de 7,149 casos acumulados durante el periodo 1984-2017 (fecha de corte el 14 de noviembre del 2017). De estos, 4,310 son casos de SIDA, y 2,839 seropositivos. En el registro de *Datos de personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco*. Sistema de Administración, Logística para la Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR) del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), se encuentran 893 casos acumulados notificados de este grupo etario, lo que constituye el 12.49% del total.

Durante los primeros años de notificación de los casos de VIH/SIDA en Tabasco (1988-2001), los casos reportados de personas de 50 y más años fueron bajos ( $\leq 5$  casos anuales). A partir del 2002 los casos se incrementaron 6 veces más que los casos observados hasta el 2001. Del 2002 al 2004, la cifra se mantuvo constante con un promedio de 30 casos por año. Para el 2005 al 2007 el incremento promedio observado fue de 32 casos. A partir del 2008 hasta el 2011, prácticamente se duplica con un promedio de casos para estos años de 71 casos. Los puntos máximos para los años 2010 y 2011, 76 y 77 casos respectivamente, representan el 17.1% del total de casos notificados hasta el 14 de noviembre del 2017. Para los años 2012 hasta el 2017, los reportes registrados sufren un decremento de 28 casos por año, logrando una tendencia constante de 60 casos por año (Figura 3, Tabla 3).





**Figura 3. .Notificación de casos de VIH/SIDA en personas de 50 y más años en Tabasco (Período 1988-2017)**



**Tabla 3. Notificación de casos de VIH/SIDA en personas de 50 y más años en Tabasco. (Período 1988-2017)**

Año de notificación	Frecuencia <i>F</i>	Porcentaje %
1988	1	.1
1989	1	.1
1995	2	.2
1996	2	.2
1997	1	.1
1998	4	.4
1999	2	.2
2000	4	.4
2001	5	.6
2002	31	3.5
2003	30	3.4
2004	33	3.7



2005	50	5.6
2006	38	4.3
2007	49	5.5
2008	70	7.8
2009	61	6.8
2010	76	8.5
2011	77	8.6
2012	58	6.5
2013	64	7.2
2014	59	6.6
2015	59	6.6
2016	59	6.6
2017	57	6.4
Total	893	100.0

Fuente: SSa. *Datos de personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco. SALVAR/CENSIDA*  
Fecha de consulta: 14 de noviembre del 2017.

Al análisis de las características sociodemográficas de las personas de 50 y más años notificadas con VIH/SIDA, se observa que de acuerdo al sexo la mayoría son hombres (98% de los casos). El rango de edad fluctúa entre los 50 y los 85 años de edad, en los que destaca el grupo de 50 a 59 años con un 79.5%, seguido de aquellos de 55 a 59 años con un 14.3% para concentrar el 93.8% del total de los casos. En cuanto a su procedencia, los casos de Tabasco representaron el 99% del total, siendo de Quintana Roo, Ciudad de México, Coahuila, Chiapas y Veracruz el 1% (8 casos). De acuerdo al estatus de los casos se encontraron activos el 57.3%, el resto de los casos presentaron datos de baja del programa por diversas causas. Según el tipo de tratamiento se observaron con retrovirales el 92.0%. (Tabla 4).



**Tabla 4. Características sociodemográficas, estatus y tratamiento retroviral de las personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco periodo 1988-2017.**

<b>Características</b>	<b>N= 893</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	18	98
Masculino	875	2
<b>Rangos de edad</b>		
50 a 54	710	79.5
55 a 59	128	14.3
60 a 64	30	3.4
65 a 69	18	2.0
70 a 74	3	0.3
75 a 79	2	0.2
80 a 84	1	0.1
85 a 89	1	0.1
<b>Jurisdicción Sanitaria</b>		
Balancán	2	0.2
Cárdenas	17	1.9
Centla	2	0.2
Centro	481	53.9
Comalcalco	78	8.7
Cunduacán	43	4.8
Emiliano Zapata	13	1.5
Huimanguillo	47	5.3
Jalapa	5	0.6
Jalpa de Méndez	14	1.6
Jonuta	1	0.1
Macuspana	43	4.8
Nacajuca	36	4.0
Paraiso	34	3.8
Tacotalpa	6	0.7
Tenosique	25	2.8
<b>Procedencia de los casos</b>		
Chiapas	1	0.1
Coahuila	2	0.2
CDMX	3	0.3
Quintana Roo	885	99.1
Tabasco	1	0.1
Veracruz		
<b>Estatus</b>		
Activos	512	57.3

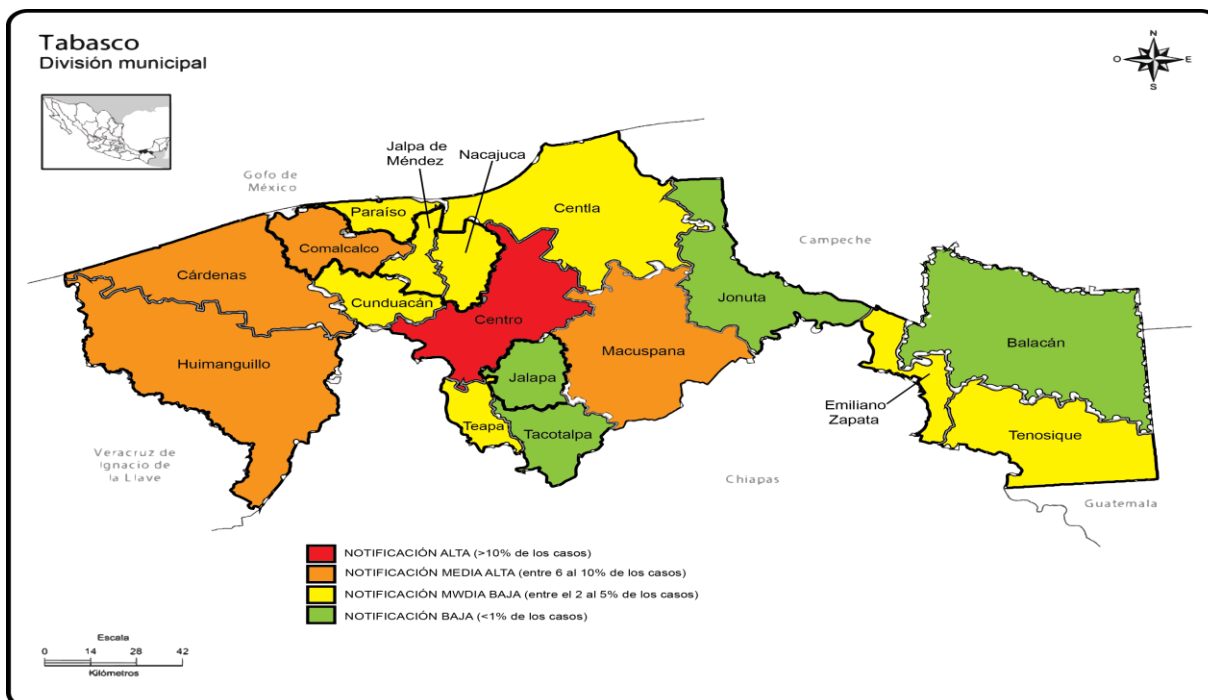


Bajas	381	42.7
<b>Tipo de tratamiento</b>		
<b>Tratamiento con ARV</b>	822	92.0
<b>Control sin ARV</b>	71	8.0

Fuente: SSa. *Datos de personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco. SALVAR/CENSIDA*  
Fecha de consulta: 14 de noviembre del 2017.

La notificación de los casos de VIH/SIDA en personas de 50 y más años en Tabasco tiende a distribuirse geográficamente de acuerdo a la densidad poblacional (Figura 4, Tabla 5). La mayor concentración se registra en el Municipio del Centro (351 casos, 39.7% del total), seguido de Comalcalco (78 casos, 8.8%), Cárdenas (62 casos, 7%), Huimanguillo (57 casos, 6.4%).

**Figura 4. Distribución geográfica de personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco periodo 1988-2017.**



Fuente: SSa. *Datos de personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco. SALVAR/CENSIDA.* Fecha de consulta: 14 de noviembre del 2017.



**Tabla 5. Notificación de casos de VIH/SIDA en personas de 50 y más años por Municipio en Tabasco**

Municipio	Frecuencia	Porcentaje válido
Balancán	11	1.2
Cárdenas	62	7.0
Centla	48	5.4
Centro	351	39.7
Comalcalco	78	8.8
Cunduacán	43	4.9
Emiliano Zapata	14	1.6
Huimanguillo	57	6.4
Jalapa	8	.9
Jalpa de Méndez	15	1.7
Jonuta	2	.2
Macuspana	53	6.0
Nacajuca	43	4.9
Paraíso	36	4.1
Tacotalpa	9	1.0
Teapa	26	2.9
Tenosique	29	3.3
Total	885	100.0

Fuente: SSa. *Datos de personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco. SALVAR/CENSIDA*  
Fecha de consulta: 14 de noviembre del 2017.

De acuerdo al tipo de establecimiento donde se lleva el control y el tratamiento, se observó que los Centros Ambulatorios para la Prevención de Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) de Cárdenas, Macuspana, Tenosique y Villahermosa atienden el 6.2% del total del universo bajo estudio. Las unidades de segundo nivel (Hospitales Comunitarios y Generales) de Centla, Comalcalco y Teapa concentran el 59.2%. Las unidades de tercer nivel (Hospitales de



Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez y Dr. Juan Graham Casasús) el 34.6% (Tabla 6).

**Tabla 6. Distribución de casos de VIH/SIDA en personas de 50 y más años por tipo de establecimiento de atención en Tabasco.**

Tipo de establecimiento	Frecuencia	Porcentaje
<b>CAPASITS</b>		
Cárdenas	26	2.9
Macuspana	5	.6
Tenosique	1	.1
Villahermosa	23	2.6
<b>Hospitales</b>		
HC Centla	4	.4
HAE Roviroso	29	3.2
HAE Juan Graham	280	31.4
HG Comalcalco	510	57.1
HR Teapa	15	1.7
<b>Total</b>	893	100.0

Fuente: SSa. *Datos de personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco. SALVAR/CENSIDA.*  
Fecha de consulta: 14 de noviembre del 2017.

Con relación a las características sociodemográficas y tipo de tratamiento de la población estudiada (pacientes con VIH/SIDA de 50 y más años atendidos en el CAPASITS de Villahermosa), la Tabla 7 indica que los hombres representaron el 91,3% de la muestra estudiada. Todos los casos eran autóctonos de Tabasco, es decir, se habían detectado en el estado, y según el municipio de residencia, el Centro concentraba al 91,3% de los sujetos en control. Cabe destacar que todos los pacientes estaban en control con medicación antiretroviral.



**Tabla 7. Descripción de las características sociodemográficas y tratamiento retroviral de las personas de 50 y más años, registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en CAPASITS Villahermosa. 14 de noviembre de 2017.**

Características	N= 23	%
<b>Sexo</b>		
Femenino	2	8.7
Masculino	21	91.3
<b>Rangos de edad</b>		
50 a 54	13	60.9
55 a 59	5	21.7
60 a 64	2	4.3
65 y más años	3	13
<b>Jurisdicción Sanitaria</b>		
Centro	21	91.3
Nacajuca	1	4.3
Tacotalpa	1	4.3
<b>Tipo de tratamiento</b>		
Tratamiento con ARV	23	100
Control sin ARV	-	-
<b>Procedencia de los casos</b>		
Tabasco	23	100

Fuente: SSa. *Datos de personas de 50 y más años registrados en seguimiento médico por VIH y SIDA en Tabasco. SALVAR/CENSIDA.*  
Fecha de consulta: 14 de noviembre del 2017.

### **Desinformación y conductas de riesgo**

En todos los casos, el modo de contagio del VIH en el adulto mayor suele ser por transmisión sexual. Entre los aspectos considerados por la epidemiología social (reflexión e investigación sobre los determinantes sociales), puede observarse que la desinformación es un factor condicionante del no uso del condón y de asumir prácticas sexuales de riesgo en el grupo etario de 50 más años.

*En mi experiencia la mayoría de las personas que conozco seropositivos, incluyéndome, eh... han sido infectadas por VIH por no llevar prácticas sexuales seguras, No conozco ningún caso que haya sido por transfusión sanguínea (Informante E-1).*



*Pues no...qué si venía usando (preservativos), pues no. Es que... como yo no le tome importancia...si ya me lo habían dicho; pero ya sabe... cómo es que algunos no quieren usarlos, fue una cosa de qué, quién sabe...(Informante E-3).*

*...Si todos, incluyéndome, hubiéramos tomado las medidas de protección adecuadas pues no hubiéramos, este no estaríamos como portadores o no nos hubiéramos infectado (Informante E-1).*

Estos factores condicionantes y actitudes de riesgo en los adultos mayores, son bien sabidos por el personal de salud:

*...si hay un factor y es importante y creo es igual uno de los motivos por el cual las personas adultas mayores se están contagiando, es la falta de información y de educación. Yo creo, que en general, se considera que la gente mayor de 50 años no tiene vida sexual activa, cuando realmente si la tienen. Entonces, la información, la educación va enfocada a otros grupos de riesgo y no precisamente a las personas mayores de 50 años, entonces, ese es un factor por la cual hemos visto VIH en personas mayores de 50 años (Participante GF-3).*

*Esa falta de información como decía el doctor, está dando pie a que no haya uso de protección y se están infectando...(Participante GF-1).*

*...aquí el 60 – 75% de los pacientes que tenemos, son homosexuales. Entonces el factor de riesgo de ellos es esa parte, ¿no? La promiscuidad que existe en ellos sin importar la edad, y en el no uso de protección, porque prácticamente es la causa principal de la infección, el no uso de protección, pero este, factores de riesgo, como que digas “es que es por esto”, no lo hay, es decir, es para todos, ya sea homosexual, bisexual o heterosexual, es la falta de protección (Participante GF-6).*

Si bien, ya se difundía masivamente en la población el “sexo seguro” (sexo protegido) como una medida de protección para evitar el contagio del VIH; en algunos casos de varones viejos, esto se obvió por razones culturales, afectivas o por el consumo de alcohol:

*Sí, estaba bien informado, pero cuando uno dice que no hace falta, con eso se siente uno extraño, no se hace “carne con carne”, ahorita es a fuerza, si quiero, se antoja, pero no se puede...Nunca usaba condón, nunca, hasta que me*





*enteré. pero es que no es lo mismo, no me gusta, uno quiere sentir la carne... pero ahora no se puede...(Informante E-6).*

*Pues para más que la verdad tuve varias (mujeres) allá en la ranchería... casa de citas... donde llega la viejada. No usaba yo nada, todo... sin condón... pero ya vez que las borracheras y los problemas te sacan a veces a uno de la... ah... de la., de la esta, de la, de la religión pues, se decepciona uno se tira uno a la... pero yo nunca me tire a la calle tampoco a este a... a ser andariego... pero si en el trabajo si chupaba yo y pasaba a la cervecería y conoce uno de todo del mundo, yo nunca le hice mal a nadie, pues siempre las mujeres pues porque me decían ven para acá vamos a platicar y así, por eso yo a ellas hasta las besaba, pero es gente pues campesina de, de la misma ranchería, de la misma ranchería, que porque no me miras que porque no me hablas y pues que platica conmigo un rato y ya me decían pues, pero las mujeres que tienen también su marido, hasta en la propia cuñada estuve yo con una, pero de pasada pues, yo no puedo mentir porque dice Dios hay que decir la verdad pues voy a decir la verdad. (Informante E-7)*

*El riesgo de contagio, en ese momento si sabía yo que había... que había riesgo si no usaba preservativo, siempre había usado yo preservativo pero dada la cuestión afectiva que ya me unía con la persona, eh... pensaba yo que no podría estar infectado (Informante E-1).*

*...teniendo relaciones, no me cuidé, bueno, en ese tiempo no había mucha información, ya ve que, pues si apenas empezaba aquí, pues no le hacíamos caso, ya ve que entre compañeros, la borrachera, la tomadera ahí ya en los convivios y todo eso. Pues tal vez ahí fue donde contraje el VIH (Informante E-2).*

*Fue un descuido doctor, porque yo siempre me protegí, fue un descuido. Por eso... por eso tengo identificado quien me contagió, porque fue un descuido, en una borrachera, no use yo protección, y estoy seguro de que ahí fue mi fallo, desde esa fecha sé que me contagié (Informante E-4).*

La promiscuidad sexual en determinados varones mayores y el pensar que por andar con mujeres jóvenes no dedicadas a la prostitución, se está exento al contagio de una infección de transmisión sexual, pueden ser factores predisponentes al VIH/SIDA:

*Sabía que era una enfermedad grave y peligrosa. Pero uno no cree que le vaya a dar a uno, porque yo no andaba con mujeres de cantina, eran chamacas que le llegan a uno y pues, "es como la lotería" si te cayó, a disfrutarlo; viví en muchas ciudades fuera (México) nunca me pasó nada, y ya al volver, en*



*“Cárdenas” fue que me tocó. No sé si la persona lo sabía, pero si lo sabe que dios la bendiga (Informante E-6).*

*Pues como él trabajaba en el mercado no tenía pues su vida sexual muy activa y pues ahí llegaban diferentes tipos de mujeres a su trabajo ... y pues se iba con ellas y ahí... pues digo yo que ahí se contagió (comenta una de las hijas porque el senescente tiene problemas de sordera) (Informante E-9).*

Las mujeres viejas que solo han tenido contacto sexual con sus conyugues no suelen usar preservativos, pues ya no están en edad de embarazarse y asumen que el hacerlo con su esposo no implica riesgo de contraer enfermedades venéreas:

*No, no, es que pues nosotros, yo nunca la verdad use nada, nada nada de esas cosas (en alusión al condón)... (Informante E-5)*

En las mujeres adultas mayores el contagio se dio a través de sus propios esposos; generalmente se enteraron en etapas avanzadas, particularmente cuando el esposo estuvo grave y le diagnosticaron la enfermedad (en ocasiones poco antes de la muerte de su pareja). Poco sabían de las conductas sexuales extramaritales de sus maridos, lo cual pudo sorprenderles y generar conductas de callar y aceptar sin cuestionar; o bien, de rechazo y coraje hacia ellos:

*...lo consideraba una persona muy seria (refiriéndose al marido), muy respetuosa, yo le confiaba, teníamos confianza ambos y entonces él nunca se quería hacer ese estudio y entonces él decía: “¿por qué?” porque yo solamente de mi trabajo a mi casa. Es lo que él dijo, y yo pues hasta ahí no puedo saber, no sé, y ya me han explicado porque, de qué manera es que se, se contagia pues la persona, es transmitido ese problema, ¿verdad? Este pues él solamente pues dijo en una ocasión y creo que a un médico le dijo allá que lo estuvo tratando por otro problema que tenía en el centro de salud que, porque él había inyectado a una persona, ya tenía varios, pues ya tenía quizá su tiempo, uno o dos años, no sé...*

*No, no lo culpo a él, no para nada, aunque si haya sido por lo que haya sido, porque pues yo no lo sé en realidad, si eso realmente fue por eso o por otros motivos por los que sé se contagia otra persona, aun no lo culpo a estas alturas, ya para qué, no tiene caso. Pues ya... (Informante E-5).*

*El doctor, y la doctora; ella ya sabía lo que tenía mi marido, si ya lo sé le digo, pero pues tiene el ese (refiriéndose al VIH) . me dio coraje, mucho coraje – y*



*ahora? – ya no, ya ni modo que voy a hacer ...porque yo estaba bien cuando yo estaba sola, hacía mucho tiempo que no me tocaba (se refiere a coito con el marido), pues quizás como tomaba mucho me agarro en el sueño y pues ahí lo hizo... Pues también diría yo, “¿por qué si yo no estoy con él?”. pues la verdad que mal, mal, mal... ya llevo como 9 meses con esto (Informante E-8).*

## **Sexo en la vejez**

En la actualidad la prolongación de la vida sexual activa de los adultos mayores se ve favorecida por los nuevos fármacos existentes para atender la disfunción eréctil:

*El viagra les regreso la esperanza...je je (Participante GF-1)*

Las relaciones sexuales en los adultos mayores existen y son parte importante de sus vidas:

*Pues yo creo que eso es algo, algo normal (refiriéndose a las relaciones sexuales entre adultos mayores), algo natural dentro del matrimonio. Si esta con su pareja creo que es algo normal. Es algo que eso dios mismo lo dejo, vuelvo a repetir lo mismo, yo meto a dios porque eso es algo que así lo dejó establecido, así lo dejo. Dentro del matrimonio puede ser, fuera no es conveniente (Informante E-5).*

*Pues yo opino que son normales (las relaciones sexuales), pienso yo que ... mientras no se padezca disfunción eréctil, digo yo, pues es normal (Informante E-4).*

Aunque el disfrute de la sexualidad se ve afectado en los primeros meses de conocer un estatus de seropositividad (VIH+) y posteriormente por causas de “culpabilidad”, al paso del tiempo se retoman los contactos sexuales u escauceos amorosos:

*Ya no he tenido (refiriéndose al contacto sexual), desde que supe esto ya no... ¿Usted dice que ya no tiene relaciones sexuales? No ¿No las tiene porque no quiere o por que no puede? Porque no o quiero, porque pues sí, porque dice el doctor que si uno ahí vuelve y si uno no usa condón vuelve uno pa´ atrás y así pues no pues ya no tiene caso, ¿Ya no tiene caso? Pues si, porque puede enfermar a otras personas ¿Pero no le gustaría tener relaciones sexuales? Bueno, claro que sí, pero pues no quiera que se meta uno en problemas. Ay no, ya no (suspiró)... (Informante E-3).*



*yo le vuelvo a repetir como ahorita yo ya... tiene como un año casi que no me meto ya en eso ya (refiriéndose a tener relaciones sexuales), o un año casi si un año o un poquito más del año, entonces ahorita no. Yo casi desde ese tiempo casi para decirle, no he tenido ya casi ni uso ya de mujer ya... porque he estado tomando mi medicamento y yo ya ni salía, le digo doctor no puedo salir de la casa ni a trabajar, ni a andar entre los animales, ni a montar caballo... y me dice pues quédate que entre la casa, pero sí se la pegué a mi esposa pues... lo que tengo pues... (Informante E-7).*

## **B. Aspectos sociosanitarios**

### **Diagnóstico y atención médica**

En los adultos mayores el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas o cuando se agota la presunción de otras patologías (**diagnóstico tardío**). No suele pensarse de primera instancia en el VIH/SIDA; ya que las manifestaciones de esta enfermedad suelen asociarse a otras complicaciones propias del envejecimiento (enfermedades crónicas degenerativas y neurológicas principalmente), por lo que su diagnóstico suele ser tardío y condicionar la denominada “invisibilidad del paciente”:

*... sé que de alguna forma es una pregunta clínica, ¿no? Sin embargo, cuando yo escucho las historias de vida de los usuarios algunos ya vienen... este ya con un desgaste físico, porque cuando llegan a sus primeras unidades médicas, sea lo que sea, como ya lo ven grande, es la señora, es el señor, el médico o la persona que lo atienda da por hecho que tiene su esposa y entonces es hombre y no creo que tenga VIH, y sabemos que hay muchos pacientes que soy bisexuales, ¿no?, entonces no hay como esa prevención, ni detección, y la promoción de la prueba sobre todo de la prueba de VIH; se la ofertan normalmente a personas que se ven amaneradas o latentemente como “ese si se ve que es gay”, pero a un hombre de más de 50 años que se observa varonil, difícilmente le ofertan la prueba de VIH; entonces ya ocurre que les das tratamiento para una cosa u otra y otra, otra y otra y nunca se les ocurre hacerle una prueba de VIH y entonces considero yo que en cierto momento si hay una dificultad para la detección a causa de eso (Participante GF-4).*



*...hay que recordar que esos pacientes, muchos tienen enfermedades crónicas degenerativas y esas enfermedades crónicas degenerativas también pueden hacer que ciertos síntomas, sobre todo en el diabético, el que tenga una enfermedad profiláctica, presente síntomas de desgaste u otro tipo de situaciones que puede confundir el diagnóstico, y si se les hace una prueba y sale con diabetes pues dices, la diabetes lo tiene así, o si sale con anemia, la anemia lo tiene así, mientras que cuando estas condiciones pueden presentarse en cualquier paciente, no solamente cuando sea diabético (Participante GF-6).*

Esta **invisibilidad del paciente** por VIH, también pueda deberse a la consideración generalizada que la gente mayor de 50 años no tiene vida sexual activa, cuando realmente si la tienen:

*Yo creo que se dificulta todavía más por que los médicos de primer nivel, generalmente los que ven la primera vez a los pacientes, primero no tienen en mente el diagnóstico de VIH, ¿por qué?, “porque es una persona mayor, porque no sabe si tiene vida sexual activa, o si solo es con una persona con la que se ha metido”, y este...y eso obviamente que dificulta el diagnóstico. De hecho, aquí en México no hay estudios, pero en Estados Unidos sí. Se considera que un paciente antes de llegar al diagnóstico de VIH, cuando menos ha pasado en tres ocasiones a los servicios médicos de primera atención. Si en los jóvenes es complicado, en los adultos mayores es aún más complicado, porque no sospechan del VIH en personas de esas edades (Participantes GF-3).*

*A ello contribuye la consideración de un adulto mayor como ser asexual o sin vida sexual activa (GF-3).*

Pero si ese adulto mayor enfermo logra quedar inserto a un servicio sanitario y/o de atención médica como el CAPASITS, el control del VIH y la dotación de medicamentos está garantizada. En general La percepción de la calidad de la atención del CAPASITS es estimada como resolutive, ágil y efectiva por sus usuarios mayores:

*Aquí no, aquí es el centro donde yo he andado con mi esposa y con mis hijos... este pues te hacen dar más vueltas... Pues aquí no, aquí rápido y si no te dicen esto es en tal parte que vas a ir. Aquí no, aquí es el mejor centro que he visto, en el que he andado, que te atienden pues bien... (Informante E-7).*



*Pues yo digo que muy buena (refiriéndose a la atención médica), porque si no, no estuviera yo ahorita caminado porque es que no caminaba, en un mes no camine, no, es horrible (Informante E-3).*

*Pues bastante bien (refiriéndose a la atención médica), la verdad, muy bien, yo si me he sentido muy bien (Informante E-5).*

*No pues ahora que me cure, la verdad, me curaron todos los padecimientos que tenía, hongos y todo eso, y según me dijo la doctora que el virus estaba controlado, que estaba eh, casi indetectable y como yo había llevado el tratamiento al pie de la letra como me lo han indicado y no he dejado de tomar los medicamentos ni un día, deje alcohol y todas esas cosas y la verdad desde que me dijo la doctora que estaba funcionando bien (Informante E-4).*

Esto sin duda es parte de la satisfacción del paciente infectado, ya que así lo manifiestan, sobre todo aquellos que se detectaron hace muchos años y que en el pasado tuvieron dificultades para la obtención de los ARV:

*Me atienden bien, bastante bien. Mi familia recibió ayuda del psicólogo la primera vez... también voy con la dentista y pues es amable y muy buena la verdad...(Informante E-6).*

*... gozaba de seguro social y pues no, simplemente ahí decían no podemos hacer mucho no hay medicamento aquí, pues este si te duele tal cosa te vamos a dar esto, pero no había... me mandaron con un internista, pero no había, no había el conocimiento, aquí. Ya cuando me mandaron, pero de manera particular en ciudad de México que también fui al ... al hospital ... que está en el sur de la ciudad, también del gobierno.... El centro nacional de Infectología, hizo que me canalizaran allí, para que empezaran a ver y en es entonces dije casi casi ofréctete d voluntario de lo que están haciendo para que prueben contigo. Porque pues aquí no había manera de conseguir medicamentos (Informante E-1).*

Sin embargo y pese a que la atención médica de control ante el VIH/SIDA es percibida como buena por los pacientes, no hay un control integral, por lo que sus otras patologías deben ser tratadas en otras unidades médicas. Aspecto que se agudiza con la mayor edad, en donde florecen las enfermedades crónicas complejas (pacientes pluripatológicos) que requieren igualmente de pruebas de control y medicamentos:



*...no, pues los medicamentos estos para el VIH sí (haciendo referencia a la dotación de fármacos que le proporciona el CAPASITS), pero ya otros como el Itraconazol que me dio la doctora, esos como a veces cuando tengo dinero los compro, cuando no pues a veces no los compro. La doctora me recetó un medicamento para el dolor en la cintura, pero no había aquí, la verdad no lo he comprado - ¿va al otro centro de salud? – sí fui pero tampoco me lo dieron allá (Informante E-4).*

*No nada más la diabetes y el SIDA, el VIH... como es que dicen que el SIDA es uno y el VIH es otro y es el mismo ¿cómo está eso?...pero tengo que ir a la UNEME y al centro de salud por mi tratamiento de la diabetes... (Informante E-3).*

*Eso si es verdad, adolecemos de la atención multidisciplinaria para el paciente, al fin y al cabo ¿no? Yo ayer estaba en una reunión donde el... el responsable del, del CAPA de enfermedades crónicas... estaba diciendo los criterios de inclusión y exclusión para atender a pacientes ahí, y a mí me llamo mucho la atención de los criterios de exclusión donde no se puede referir a los pacientes si tienen VIH. Entonces yo le dije o sea... mi médico no te puede mandar un paciente diabético descontrolado a ti; entonces me dice: no doctora porque son pacientes de VIH. Dije Ah... entonces ¿quién los va a atender? Y me dice y le dije, y porque me dice uno pues los lineamientos así vienen y dos, este se ocupan ciertos equipos y tomas de muestras, yo, mi percepción lo que entendí -porque fue una plática muy rápida, estábamos en una reunión y en la que no pude profundizar más- fue, o sea mi percepción fue, el riesgo de la persona que toma la muestra. A la mejor percibí mal la información (Risajejeje) No tengo información adecuada, pero si me llamó mucho la atención que, por el solo hecho de ser portador de VIH, no puedo llegar a esa unidad especializada para su atención crónica de diabetes, hipertensión, obesidad o dislipidemia. Entonces es muy cierto ¿no? O sea podrás estar muy controlado por el VIH, pero al final los demás factores que pueda tener el paciente lo pueden llevar a que, a que fallezca en algún momento (Participante GF-1).*

*Hay una situación en que, que lo hemos visto y es que como dice la doctora o sea las personas mayores de cincuenta años generalmente tienen hipertensión o tienen diabetes o enfermedad renal y desafortunadamente son padecimientos que bueno no, no podemos manejar nosotros o, no sabemos, o no tenemos todas las herramientas para, para, para manejarlo ¿no? Entonces del VIH puede estar perfectamente bien controlado, pero si no se controla su azúcar, si no le controlan su dislipidemia o si no se vigila el riñón o enfermedades de salud, pues de todas formas al paciente le va a ir mal, aunque tenga VIH y este perfectamente controlado. Entonces yo creo que es falta de apoyo de otras unidades de salud. Yo como siempre... aprovecho la ocasión para quejarme.. (Risajejeje jajaja jajaja...) porque es la, porque es la realidad o sea el hecho de que tengan VIH; o sea, si nosotros lo vemos, los*



*aceptamos y los tratamos, pero no podemos tratar a lo mejor un, un pacientes con diabetes, porque no tenemos nutriólogos o con dislipidemia, porque no tenemos nutriólogos. Hay unas unidades especializadas para ellos y sin embargo esas unidades no los aceptan, los siguen discriminando (Participante GF-3).*

Pacientes seropositivos que se infectaron de jóvenes y llegaron a edades adultas en control, vieron evolucionar la epidemia del SIDA de fase aguda y mortal a una enfermedad crónica que bajo control les mantiene con buena calidad de vida. Este tipo de pacientes asumen una mayor corresponsabilidad de su atención y procuran más por su salud:

*Mm, bueno, tengo la atención, adecuada y también, tengo el abastecimiento oportuno de los medicamentos. (Hizo una observación) Eh... aquí quiero hacerte, amm, una observación, ¿por qué? Porque siempre he sido, este, constante, y he sido congruente con la atención médica, ósea, cuando me empezaron el tratamiento, me dijeron, si usted falla, no venga a decirnos que por qué se puso mal, si usted no lo toma no nos venga a decir, nosotros, si usted colabora, este ... tomándolo todo a tiempo y como le, nos diga y con comunicación, este, mmm, seguiremos, saldremos adelante, procuro ser ... con mi médico tratante, pues, mmm, muy honesto...La atención es buena, para los parámetros que he sabido cómo están en otras partes, es buena ... la que yo recibo (Informante E-1).*

*Si, al pie de la letra. Desde que comencé como yo le dije a mis compañeros yo les platicué, no sé cómo muchos dejan de tomar su medicamento, muchos dejan de he escuchado compañeros aquí que dejan de tomarlo un mes, dos meses, o más, o tres meses, hasta un año. “no, que ya me aburrí de estar tomando medicamento” y yo ¿por qué? Si ya no es mucho, ya nada más es una o dos, máximo tres pastillas, “pero es que ya no quiero tomarlo” y le digo, pues en mi caso, cuando yo comencé llegué a tomar hasta cincuenta pastillas diarias y los compraba yo, y ahorita pues no los compro les digo, pero ya nada más es uno o dos, no me aburre, al contrario, ya lo tomo como, como una ... como una pastilla normal, ya lo tomo como si fuera normal pues, ya no es de “ay que me la voy a tomar porque tengo esto”, no, nada más agarro mis pastillas y ya. Normal (Informante E-2).*

Cabe señalar que el incremento de la corresponsabilidad en el paciente adulto mayor infectado por VIH, no es producto de la casualidad, sino que obedece a su madurez personal. El **facultamiento** (*empowerment*) que da la cronicidad de la enfermedad,





los hace más responsable en la toma de su medicación (adherencia terapéutica) y en otras acciones pro mejoras en la salud:

*Pues lo estoy tomando a como me dice la receta, a como me dice la receta, y le digo hija llévamelo y me lo anotas aparte en un papel para que yo ahí me doy cuenta, porque yo si se leer un poquito pero no esa letra de doctor que casi no me doy cuenta... Si me entiende... pero ellos si se dan cuenta y ya me vengo tomando mi medicina a como está el horario pues ahí en la receta. O si lo hago con ella que me saque una copia de ahí digamos, para que yo ahí me dé cuenta... Esta es a tal hora, esta es a tal hora, esta es a tal hora... (Informante E-7).*

*...lo que yo he observado en los pacientes que tenemos aquí, sí hay mayor compromiso de parte de los adultos mayores (Participante GF-4).*

*Creo que los adultos mayores son los que se apegan y se adhieren mejor al tratamiento; de hecho hay estudios. En México no los hacen, pero si hay en Estados Unidos, donde se ha demostrado que la población mayor de 50 años tiene mejor adherencia, mejor apego al tratamiento y están suprimidos biológicamente que la población joven (Participante GF-3).*

Los pacientes seropositivos (VIH+) con evolución crónica que se han empoderado, toman mayores medidas de prevención para la no transmisión sexual del virus a otros, pero también para autoprotegerse, evitando la reinfección:

*Pues cuidarse porque como ya somos personas, ya son personas más débiles sus defensas son más bajas. El que se acuesten con alguien con "X" personas y si lo tienen y no se cuidan, pues ya las defensas son muy bajas y, pues ya no es lo mismo. A mi edad yo me cuido bastante, uso preservativo. Pues uno ya pasó esa experiencia... no sea que vayas a amolar a un compañero menor tuyo. Eh, si te metes con una persona menor, aunque tú lo sepas que lo tienes, pero debes de cuidarte, ahora sí que para cuidar al compañero y no se siga regando esto. Lo que no queremos nosotros es que se siga regando, que no se siga agrandando esto, pero es imposible... porque ahorita como no sabe uno, ya cualquiera lo tiene, ya te vuelves a reinfectar, como quien dice, es peor para ti. Ya no, porque como dicen muchos, "no, que tú me lo pegaste, que la culpa es de uno", le echan la culpa a uno, pero no, la culpa es de los dos. Ya hay mucha información y sabes que: "si no hay gorro, no hay fiesta" (Informante E-2).*



## C. ASPECTOS PSICOSOCIALES

### Estigmatización y discriminación

La estigmatización y discriminación (enfermedad contagiosa, mortal y que solo le daba a las personas “malas”: homosexuales, drogadictos y prostitutas) con la que se asoció la epidemia del SIDA en sus inicios, continua aun presente en la sociedad, pese a que ya se cuenta con mayor información científica y su divulgación en la población es permanente.

La mala información persiste en determinados segmentos poblacionales, generalmente aquellos con baja escolaridad, quienes rechazan a los afectados y tienen actitudes discriminatorias:

*La gente le huye a uno... mis amigos no lo saben, algunos sí, pocas personas centradas y no, no dicen nada, ni me hacen a un lado. Uno va con respeto y sin intención de perjudicar a nadie. Pero en mi familia, mis hijos y mi mujer no me dicen que coma aparte, ni nada. No hay limitación de que si mis trastes o cosas estén aparte (Informante E-6).*

Esta **discriminación** social en la que en ocasiones los adultos mayores infectados por VIH se ven expuestos, también puede ser laboral:

*... desgraciadamente vivimos en la actualidad que el VIH todavía no es aceptado por la sociedad, sí, hay mucha discriminación. Hace poco, pasaba un paciente conmigo, por el hecho de ser portador, se enteraron desgraciadamente en la empresa donde labora, "¿pues sabes qué?, que se termina tu contrato (Participante GF-5).*

Pero la peor discriminación a la que los adultos mayores infectados por VIH le temen, es la familiar. Los lazos familiares en los individuos tienden a ser fuertes, y cuando no



se les da el apoyo requerido sino lo contrario se sienten desconsolados. El peso del rechazo cava muy hondo en los afectados:

*Ese es mi temor. Una parte por mi familia, porque no lo sabe, porque mi familia algunos si les llego a decir que yo tengo esto, como que me pienso que me van a rechazar, este, tengo ese temor todavía con ellos, mas con mi mamá y con mis hermanos, porque como tengo un poco enferma a mi mamá y como ella no está, no tiene la capacidad de recibir esa clase de noticias luego se espanta, no sea que la vaya yo a matar, por eso no le digo nada, y mi hermanos, pues en el rancho donde yo vivo casi muchos “ay ese tiene SIDA” o “murió sidoso” o “murió de sida o está sidoso”, no hay en el rancho todavía, que yo sepa soy el único. Pero si llegue al rancho en una etapa así, cuando yo regresaba y pues luego había una doctora en el centro de salud y se dio cuenta que yo, le habían platicado que quien era y no, fue fulano de tal y dice, “ay esa persona tiene sida, porque, así como lo ves...” supuestamente. Y eso me di cuenta como a los tres meses que llegué, me dijo una amiga, oye que bueno que te veo, y le digo, ¿por qué? Porque fui con la doctora de aquí, que ya no está ahorita, que estaba aquí anteriormente te iba a mandar a sacar a ti del rancho, ¿y por qué?, porque dijo que tenías el SIDA, ¿A poco? ¿Y eso?, no sé que te iba a sacar de aquí del rancho y que te iba a mandar a no sé a dónde, y que esa doctora está loca o qué. No se, así escuche yo platicas, dice, yo me quede así pensando, pues desde ahí ya, mejor me quedo callado y no le comunico a nadie, imagina yo le digo a mi familia pues se va a regar y cuando llegue, pues ya tal vez no me reciban, o que se yo... me pongo a pensar muchas cosas pues, mejor acá, solito (Informante E-2).*

*Hay veces que la propia familia lo discrimina, desgraciadamente la familia es la que más ataca muchas veces. Lo digo porque hay pacientes que tocan ese tema conmigo, ¿no?, lo platican. Entonces desgraciadamente es la misma familia la que discrimina... Si es complicado, porque tocando la parte pues caen en depresión ellos muchas veces no reciben apoyo por parte de sus familias (Participante GF-5).*

*Como le decía yo pues al principio sí me sentía un poquito ... pues mal al principio (con relación al estigma y discriminación), le vuelvo a repetir porque pues a veces, muchas veces quizás en la familia... le digo esto, no sé si sea bien, porque un familiar que hacia pedicura y ya luego ella fue, a mí y a mi esposo, a que nosotros este, cómo le dijera yo, a regresarnos los instrumentos donde nos hacía a nosotros, porque pues no sabía, nosotros no sabíamos, ella tampoco, entonces al enterarse, pues que le digo a alguno de la familia, pues no sé si fue conveniente decírselo, esa era la esposa de un primo hermano mío, entonces ella, yo si me sentí mal cuando me enteré, porque me lo dijeron mis hijos, “vino fulana a dejar este instrumento que nosotros lo recibíamos,*



*que viéramos que lo hacíamos, porque ella no lo quería porque ahí estaba el problema, ¿por qué actuaba de esa manera? No debía haber sido así. Pues llévatelo a ver que lo haces pero que en la casa lo recibieran, que lo enterraran o a ver que hacían, pues sí, ellos se sintieron mal también (haciendo alusión a sus hijos), luego no me lo dijeron rápido a mí. Me lo dijeron después, me enteré, me sentí un poquito mal, pues sí. No pues ella ya no me hace, yo no lo molesto que me haga pedicura, yo creo que ya no, de hecho, yo le comenté al médico si podía ver a alguien, no pues que si lo conveniente era que yo comprara mis instrumentos o algo para que en mi casa vengan y me lo hagan con los mismos, pues lo más conveniente, pues ya ella, pues desde ese detallito que hubo, pues creo que, yo ya no la molesto (Informante E-5).*

En los efectos psicosociales de la estigmatización y discriminación que pudiesen estar presentes entre los adultos mayores infectados, hay que considerar varios aspectos. Entre ellos la **desinformación**, que como ya se mencionó anteriormente, es un factor condicionante del no uso del condón y de asumir prácticas sexuales de riesgo en el grupo etario de 50 más años.

El tener una preferencia sexual diferente al del común de la población (homosexualidad o bisexualidad) también contribuye al estigma y a la discriminación. La **homofobia** está aún muy arraigada en la sociedad mexicana:

*Normalmente la discriminación es por la preferencia sexual, porque se sigue asociando, “ah no, entonces tu eres gay”, ¿no?, y si no eres prostituta, ¿no?, yo considero que es el mismo nivel de discriminación no importando la edad del usuario, porque lo que se discrimina no es la edad, lo que se discrimina es el diagnostico, entonces no considero que haya una discriminación mayor en el adulto mayor (Participante GF-4).*

Aquellos que adoptaron conductas transgresoras a la sociedad, como los travestís o transgéneros, sufren mucho por la discriminación y más aún por el rechazo de sus familiares. Esto los obliga a dejar sus comportamientos y estilos de vida pasado, aun a costa de la libertad de ser ellos y de su propia felicidad:

*¿Vistes de mujer? – No, ahorita ya no, antes sí. Antes sí me vestía de mujer. -  
¿Tenías tu nombre? – Si – ¿Te gustaba que te llamaran por ese nombre? – Si -  
¿Y quién decidió que ya no te vistas, si eso te hacía feliz? - eh... (pausa larga,*



expresión triste y presencia de lágrimas y con voz entrecortada) *No puedo. - ¿Te causa dolor el que ya no lo puedas hacer? – Si - ¿Qué es lo que más lamentas? ....¿Hay alguien que te obliga? o ¿Qué es lo que te obliga a no hacerlo? – (llorando) ya, bueno, por mi familia. - ¿Pero si ellos están muy lejos? - ... con lo que escucho que dicen ellos, rechazan a los ... a los gays, y ya lo hago por mi familia, por mis sobrinos, porque hablan muy mal de ellos... (Informante E-2).*

La **pobreza** suele asociarse a la vejez ante la falta de trabajo o por la disminución de los ingresos por cesantía laboral; fenómeno que se acrecienta en los VIH+ (seropositivos):

*...pues la mayoría ya no tiene trabajo, no le dan trabajo, se podría decir que ya se vuelven más pobres (Participante GF-2).*

*La cuestión de que si aumenta la pobreza, considero que si entra un poco, porque entra el gasto de pasaje, tener que venir a su cita, si hay que ir a un laboratorio a hacerse análisis, todos esos son gastos que no entran, que no entraban en el gasto cotidiano, por decir así. Y aparte, si nosotros decimos que tiene que llevar una mejor alimentación, una mejor, o más cuidados, entonces ellos tienen que buscar es parte de los cuidados, que tienen que llevarlos más estrictamente, porque esos son momentos en su vida económica, porque ellos no estaba en su ámbito el tener que ir a una cita extra, un laboratorio extra, y cuando no lo cubre, no lo hay o no lo cubre en el lugar que están ellos, pues tienen que moverse más lejos ellos, bueno si vienen de Jalpa y van hacia acá, pues son gastos que no estaban planeados pues, hasta antes del diagnóstico y no viene uno, sino dos (Participante GF-6)*

*Es muy cierto, pero quizás no es exclusivo del VIH, cualquier otra enfermedad va a representar que modifique su alimentación, estilo de vida...Yo no lo encasillaría exclusivo del VIH, que lo va a hacer más pobre porque tiene que desembolsar en eso... Cualquier otra enfermedad crónica le va a modificar el estilo de vida, acudir a hacerse laboratorios, a una consulta médica a cambiar su alimentación, y pues... va a mermar su economía en cierta manera, pero no exclusiva del VIH (Participante GF-1).*

*...el detalle que tenemos, es que muchos (pacientes) ya no están trabajando por la edad, y es complicada la parte económica para que ellos puedan venir (Participante GF-4).*



La pobreza y la falta de trabajo en el adulto mayor con VIH/SIDA impacta en su estado emocional y es un importante condicionante de infelicidad:

*Y ahora pues se acabó toda esa alegría porque ya no me dan trabajo, que no sé qué, ya no hay pa' diversión... muy difícil (Informante E-3).*

Pero a esta infelicidad también contribuye el ser visto como inútil y “achacoso” por el **viejismo** (*Ageing*):

*Pa' que ... si ya todos me dicen viejo achacoso... yo antes podía... (Informante E-9).*

Sin duda el estado de **enfermizo** que tiene el adulto mayor por las enfermedades crónicas complejas (pluripatologías) que padecen, es una realidad evidente; aún más si está presente el VIH.

Normalmente los viejos suelen vivir limitados y en condiciones de escasez, dado que sus ingresos disminuyen por la cesantía laboral y sus necesidades y gastos de atención y medicamentos se incrementa. Muchos senescentes sufren de **marginalidad** económica y no tanto social:

*...más que pobreza sería escasez en los viejos (Participante GF-5).*

Estos aspectos de estigmatización y discriminación hacen que algunos adultos mayores infectados por VIH mantengan oculto su estatus de salud, asumiéndose como **parias conscientes**. Esto es un mecanismo de defensa al no mostrarse socialmente, y en ocasiones ni ante la familia, como seropositivo:

*Pues él estaba ahora sí que en un cuarto, en la cama del hospital, y pues nosotros llegamos y le dijimos papi queremos hablar contigo y él dijo qué, díganme qué y ya le dijimos: ...este, te hicieron estudios, te hicieron análisis y lamentablemente tienes VIH. Te dio una enfermedad por tener relaciones sexuales con varias mujeres, no sabemos quién te lo contagió; pues no, él*



*nunca ha usado protección. Pero él dijo que no, que él no tenía eso ... y pues se molestó esa vez y pues ya dijimos ah... ok. Él siempre ha dicho que no está enfermo, que por qué lo traen aquí. Él no lo acepta, no, no lo acepta... (Familiar del caso E-9).*

*Pues sí, por eso le digo que si mi familia supiera lo que tengo ni me voltearan a ver ¿y sus amigos? Pues tampoco, menos, si de por sí así que ya no, ¿Con los que trabajaba? Ya no, ya son contados unos otros que me llegan a ver, pero porque saben que es de la diabetes, no saben que es del VIH...(Informante E-3).*

*Mis hijos no lo saben. No encuentro ni el momento ni la forma. Porque con ellos tengo una relación de respeto, de amor y todo eso y... para mí es muy difícil. Ellos hasta ahorita no lo saben, tengo un año de que me lo detectaron y hasta ahorita hablamos, platicamos y todo eso, pero ellos no lo saben. Yo llevo mi tratamiento solo (Informante E-4).*

Este mantenimiento oculto de la infección asumido por los parias conscientes, en ocasiones puede entorpecer la atención médica:

*El paciente mayor, cuando empieza uno a indagar y aparte que su esposa tenga relaciones con otro, lo niega, porque pues se empieza a dar uno cuenta, sospechar ese diagnóstico, y ni digan que tienen otra pareja, nada más con mi esposo, pues eso dificulta que lo atiendan más rápido, si aparten ellos se niegan a aceptarlo (Participante GF-2).*



## VII. DISCUSIÓN

La proporción de todas las personas de 50 y más años viviendo con VIH/SIDA aumenta en el mundo. El informe *World AIDS Day* (2015) elaborado por la OMS ya apuntaba “un sorprendente número de casos”; otros estudios igualmente han reportado incrementos significativos en la proporción de adultos mayores diagnosticados con VIH (Paul et al, 2007).

En Tabasco la **propagación de la epidemia del VIH/SIDA** en los adultos mayores se empieza a evidenciar. Las señales de alerta ya han sido emitidas en el último informe nacional oficial, en el que la prevalencia del VIH en esta entidad federativa es la más elevada del país, con una tasa de 9.3 por 100,000 habitantes (CENSIDA, 2017). El porcentaje de los casos reportados en el grupo de 50 y más años es del 12.49% del total, similar a lo que la literatura científica señala de un 10% para este rango, y específicamente de un 4% en personas de más de 70 años (del Amo et al, 2017).

Al respecto, cabe mencionar que en una búsqueda intencionada de información científica sobre investigaciones realizadas en adultos mayores VIH+ (seropositivos) en México, se pudo corroborar que son casi inexistentes; por lo que no es posible la comparación de los resultados obtenidos con similares nacionales.

Al análisis de la información obtenida en la muestra de informantes (pacientes del CAPASITS – Villahermosa) se destaca que todos los casos era autóctonos, es decir, se infectaron en la entidad, y que su transmisión había sido por vía sexual, aspecto coincidente con lo reportado por Gordon y Thompson (1995), donde la mayoría de los pacientes infectados por el VIH de 60 años o mayores adquirieron la infección a través de relaciones sexuales.

Igualmente llama la atención, que casi el 80% de los adultos mayores se les había diagnosticado el VIH/SIDA recientemente y que en su mayoría eran heterosexuales.





Por el contrario, los que adquirieron el virus de jóvenes eran homosexuales. Esto supone que nuestra población en estudio debió haberse infectado a una edad adulta (50 años o más), y que la evolución de la historia natural de la enfermedad ha sido más rápida, tal y como lo señala la OMS en el Informe del World AIDS Day del 2015.

En cuanto a los **aspectos sociosanitarios**, el estudio hace evidente el diagnóstico tardío de los casos en Tabasco. Lo que es coincidente con otros estudios como el de Gordon y Thompson (1995) en el que el diagnóstico de infección por el VIH en los ancianos, generalmente no era considerado por los clínicos hasta tarde en el curso de la infección, a pesar de la elevada prevalencia de anteriores enfermedades de transmisión sexual (ETS). Incluso se han reportado un caso de una mujer anciana (89 años) infectado por VIH/SIDA POR transmisión sexual heterosexual, quien después de muchos ingresos hospitalarios pudo ser diagnosticada. Los autores señalan al *ageism* como causa principal del diagnóstico tardío (Rosenzweig y Fillit, 1992). Todo esto es parte de la Invisibilidad del paciente que en el estudio realizado se pudo documentar.

En el caso de las mujeres mayores, es bien sabido que aumentan su susceptibilidad al VIH y que son sus esposos o parejas estables quienes las infectan (informe World AIDS Day del 2015); en la investigación efectuada en Tabasco, los dos casos de mujeres informantes tuvieron esta misma situación.

Los **factores psicosociales** analizados en este estudio (estigma, discriminación, desconocimiento, género, salud mental y apoyo social) son coincidentes con lo reportado por Roger et al (2013) quienes efectuaron una revisión sistemática de la literatura con un enfoque selectivo sobre aspectos sociales relacionados con adultos mayores que viven con o en riesgo de contraer el VIH/SIDA.

Un factor importante a considerar es el ocultamiento del estatus de infectado que asumen algunos de los adultos mayores infectados, convirtiéndoles en los



denominados “parias conscientes”, por lo que un análisis más detallado del discurso que el realizado por ahora en este estudio.

En algunos de los entrevistados se manifestó que pese a saber la existencia de la ETS y en particular del SIDA y de su transmisión sexual, no le dieron importancia a su gravedad y no pensaron que fueran susceptibles, similar a lo previamente escrito por Maes y Louis, (2003).

La mayor corresponsabilidad mostrada por algunos mayores VIH+ en cuanto a su responsabilidad y papel más activo en la procuración de su salud, es parte del empoderamiento o facultamiento del enfermo, que ya ha sido tratada en otros estudios relacionados con la resiliencia entendida como afrontamiento activo frente a la búsqueda de soluciones (Quiceno y Vinaccia, 2011).

En EE.UU. se desarrolló un estudio con 200 personas, entre los 23 a 71 años de edad, con diagnóstico de VIH/Sida, encontrándose que altos niveles de resiliencia estaban asociados con bajo estrés, mejor calidad de vida y creencias personales positivas, mejor sentido y propósito por la vida y mejor adaptación a la enfermedad (Farber, Schwartz, Schaper y Moone, 2000). Por lo que considerando lo anterior sería conveniente en profundizar en estos aspectos desarrollando investigaciones futuras en esta población de Tabasco.



## VIII. CONCLUSIONES

El desarrollo de la epidemia del VIH/SIDA en los adultos mayores de Tabasco, no es producto de una evolución en el tratamiento que haya permitido transitar de una etapa aguda a una crónica; sino por el contrario, obedece a un contagio reciente por prácticas sexuales sin protección debido a la desinformación.

Epidemiológicamente los casos de VIH/SIDA son autóctonos concentrados en los municipios más densamente poblados, mayoritariamente en hombres heterosexuales quienes se contagiaron por contacto sexual no protegido (promiscuidad sexual). En el caso de las mujeres, fueron infectadas por sus parejas estables.

Factores como la desinformación, el consumo excesivo de alcohol, la promiscuidad sexual y el arraigo de creencias populares como que el sexo sin condón es mejor: “carne con carne”, son factores que contribuyen a la diseminación del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual en los viejos.

El diagnóstico tardío condicionado por la invisibilidad del paciente para el personal sanitario, asociado a creencias erróneas (el adulto mayor es un ser asexuado y no tiene relaciones sexuales) y las pluripatologías (Achaques propios de la edad), hacen que la atención precisa hacia el VIH/SIDA sea en las etapas avanzadas.

La pobreza, homofobia, viejismo, marginalidad, estigma y discriminación son elementos interrelacionados entre los factores psicosociales en los que el adulto mayor viviendo con VIH/SIDA convive. De acuerdo a nuestra



cultura, el peso de la familia es importante en lo afectivo y en el apoyo para los afectados.

Un elemento emergente del estudio lo constituyen los denominados “parias conscientes”, es decir aquellos que ocultan su enfermedad como mecanismo de protección social, e incluso familiar.



## RECOMENDACIONES

El mensaje de prevención hacia el VIH/SIDA que lanzan las instituciones estatales de salud (Secretaría de Salud e Instituciones de Seguridad Social) van orientadas hacia la población joven y no hacia los adultos mayores. Se requiere una mayor difusión del mensaje preventivo entre este segmento poblacional, incluyendo imágenes y situaciones en las que estas personas estén expuestos al riesgo.

Los médicos y otros proveedores de salud deben hacerse conscientes de su papel en la prevención y educación sobre el VIH. En particular, estar atentos a las necesidades de los adultos mayores evitando el viejismo (*ageism*), que conlleva la invisibilidad del paciente geriátrico en cuestiones de infecciones de transmisión sexual. De ahí la importancia de que los médicos y otros prestadores de servicios de salud a pacientes ancianos deban realizar una completa historia sexual y ofrecer educación sexual. Asesoramiento y pruebas del VIH se debe considerar para todos los individuos con una historia de comportamientos de riesgos hacia las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Redes sociales de apoyo ante situaciones de seropositividad y enfermedad, son igualmente importantes. Una mayor información y educación en salud serían baluartes de un cambio social centrado en la prevención y no en la acción posterior al daño (enfoque salutogénico).



## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Brown U. (1997) Elders and AIDS. An emerging challenge for LTC providers? *Long-Term Care Quality Advisor*. 9(17):1-4.
- Caffe S., Roses M., Ghidinelli M., Alonso M., Mazin R., Zacarías F., Pérez F., Sued O, del Riego A., Vila M. (2011). Treinta años del VIH en la Región de las Américas: reflexiones sobre la epidemia por VIH y la cooperación técnica de la OPS. *Actualidades en SIDA*, 19(73),79-84.
- Cahn, P. (2013) El futuro de la epidemia. *Actualizaciones en Sida e Infectología*. 21 (82): 97-106.
- CENSIDA (2017). Boletín del Día Mundial del SIDA, México 2017. 01 de diciembre. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/275582/Boletin\\_DaMundial2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/275582/Boletin_DaMundial2017.pdf)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2007). HIV/AIDS Surveillance Report: Cases of HIV infection and AIDS in the United States and Dependent Areas. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2007report/pdf/2007SurveillanceReport.pdf>
- Chepngeno-Langat, G. Falkingham, JC., Madise, NG. & Evandrou, M. (2011). Concern About HIV and AIDS Among Older People in the Slums of Nairobi, Kenya. *Risk Analysis*, 32 (9), 1512-1523. DOI: 10.1111/j.1539-6924.2011.01765.x
- Chiao, E., Ries, K., & Sande, M. (1999). AIDS and the Elderly. *Clinical Infectious Diseases*, 28(4), 740-745. <http://dx.doi.org/10.1086/515219>
- Correa, P., Andrade, M., dos Santos, É., do Espírito Santo, F., de Souza Braga, A. y Teixeira, F. (2015). Evidências científicas de enfermagem acerca do HIV/AIDS entre idosos: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Baiana de Enfermagem*. jul./set. ;29 (3): 278-289.
- del Amo J, Brañas F, Serrano S, Morillo R, Marrugat J, Fernández E. (2017) *VIH en España 2017: Políticas para una nueva gestión de la cronicidad, más allá del control virológico*. Madrid: Ed. Fundación Gaspar Casal.
- Eboyei, F., Taiwo M.O. Risk. (2014). Perception of HIV/AIDS Infection among Elderly in Ile-Ife of Southwest Nigeria. *Indian Journal of Gerontology*. 28 (2): 213–230.



- Emlet, CA., Gerkin, A. , & Orel , N. ( 2009 ). The graying of HIV/AIDS: Preparedness and needs of the aging network in a changing epidemic . *Journal of Gerontological Social Work*, 52 ( 8 ), 803 – 814 .
- Farber, E. W., Schwartz, J. A. J., Schaper, P. E., y Moone, D. J. (2000). Resilience factors associated factors with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, 41; 140-146.
- Frost, D., Parsons, J., & Nanín, J. (2007). Stigma, Concealment and Symptoms of Depression as Explanations for Sexually Transmitted Infections among Gay Men. *Journal of Health Psychology*, 12(4), 636-640. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105307078170>
- Gordon S. & Thompson S. (1995). The Changing Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus Infection in Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Societ*, 43 (1), 7-9. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1995.tb06234.x
- Gorman C. (2006). The Graying of AIDS. *TIME magazine feature*. 0040781X, 168 (7)
- Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C., & Baptista Lucio P. (2010) *Metodología de la Investigación*. 4ª. Edición. México, DF: Ed. McGraw-Hill.
- Japcy Margarita Quiceno JM. & y Vinaccia S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9, (17), 69-82.
- Karpiak Stephen E.(2016). Aging with HIV: The Challenges of Providing Care and Social Supports. *GENERATIONS – Journal of the American Society on Aging*, 40 (2),| 23.
- Kaye A, Markus T. (1997). AIDS teaching should not be limited to the young. *USA Today Magazine*, 126 (2628): 1-5. Recuperado de: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/9708303136/aids-teaching-should-not-be-limited-young>
- Levy-Dweck, S. (2005). HIV/AIDS Fifty and Older. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(2), 37-50. [http://dx.doi.org/10.1300/j083v46n02\\_04](http://dx.doi.org/10.1300/j083v46n02_04)
- Lyons A, Pitts M, Grierson J, Thorpe R, Power J. Ageing. (2010). HIV: Health and psychosocial well-being of the older gay man. *AIDS Care*. 22 (10): 1236-1244.
- Maes CH. & Louis M. (2003) Knowledge of AIDS, Perceived Risk of AIDS, and At-Risk Sexual Behaviors Among Older Adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15 (11), 509 – 516.
- Masten J. (2007). HIV/AIDS: The experience of gay men in late middle age. *Dissertatio Abstracts International. A: The Humanities and Social Sciences*. 67(9):3593.
- Milenio Digital (2017). Números y estadísticas del SIDA en México. 01 de diciembre.



- Recuperado de: [http://www.milenio.com/salud/sida-dia\\_mundial\\_contra\\_el\\_sida-estadisticas-mexico\\_0\\_1076292692.html](http://www.milenio.com/salud/sida-dia_mundial_contra_el_sida-estadisticas-mexico_0_1076292692.html)
- Muñiz, N. (2011). Crecen los casos de VIH por vía sexual en los mayores. *Diario Popular*. Recuperado de: <https://www.diariopopular.com.ar/general/crecen-los-casos-vih-via-sexual-los-mayores-n107545>
- OMS. (2010) Definition of an older or elderly person. Recuperado de: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>. 2010.
- ONUSIDA. (2015.) Ficha informativa. Estadísticas Mundiales. Recuperado de: <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>
- ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. (2017). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Recuperado de: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Rosenzweig R. & Fillit H. (1992). Probable Heterosexual Transmission of AIDS in an Aged Woman. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40 (2), 1261–1264.  
DOI: 10.1111/j.1532-5415.1992.tb03653.x
- Parker, R., Aggleton, P., Attawell, K., Pulerwitz, J., & Brown, L. (2011). HIV/AIDS related stigma and discrimination: A conceptual, framework and agenda for action. *Horizons Program*. Recuperado de: <https://www.popline.org/node/248210>
- Patterson P. (2014). Adultos mayores y VIH. *Geriatría Clínica Web*, 8(04):94-98 Recuperado de: [http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num\\_rst.php?recordID=201404](http://www.geriatriaclinica.com.ar/art/num_rst.php?recordID=201404)
- Poindexter, C., & Shippy, R. (2010). HIV Diagnosis Disclosure: Stigma Management and Stigma Resistance. *Journal of Gerontological Social Work*, 53(4), 366-381.  
<http://dx.doi.org/10.1080/01634371003715841>
- Paul, SM., Martin, RM., Lu, S. & Lin, Y. (2007) Changing Trends in Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immunodeficiency Syndrome in the Population Aged 50 and Older. *JAGS Journal The American Geriatrics Society*, 55 (9), 1393–1397.
- Priego-Álvarez HR, Ávalos-García MA, Morales-García MH. (2017) VIH/SIDA y envejecimiento. Una relación múltiplemente estigmatizada y discriminatoria. En: Quezada Barahona AL y Guzmán Priego CG (Comp). *Panorama actual de la salud en Tabasco*. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 149-155.
- Roger, K., Mignone, J., & Kirkland, S. (2013). Social Aspects of HIV/AIDS and Aging: A Thematic Review. *Canadian Journal on Aging. La Revue Canadienne du Vieillissement*, 32 (3), 298-306. doi: 10.1017/S0714980813000330





- Rosenzweig R. & Fillit H. (1992). Probable Heterosexual Transmission of AIDS in an Aged Woman. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40 (2), 1261–1264.  
DOI: 10.1111/j.1532-5415.1992.tb03653.x
- Secretaría de Salud. (2016). La atención del VIH demanda construir sociedades incluyentes: Discurso del Dr. José Narro Robles. Boletín Informativo. Recuperado de: [Facebook.com/secretariadesaludMX](https://www.facebook.com/secretariadesaludMX).
- Secretaría de Salud. (2016). Registro Nacional de Casos de Sida. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Actualización al 15 de noviembre. Recuperado de: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_DIA\\_MUNDIAL\\_2016\\_a.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_DIA_MUNDIAL_2016_a.pdf)
- Sun F., & Waxman OB. (2011). The Graying of AIDS. *TIME magazine feature*. Recuperado de: <http://time.com/29462/the-graying-of-aids/>
- Texeira de Souza M., Stein B., Asta A., de Lima C, Freitas M., Texeira C. (2009). Nível de Conhecimento de um grupo de idosos em relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Avances en enfermeira*, 28(1), 22-29.
- Wachter, KW, Knodel, JE, & Vanlandingham, Mark., (2000). AIDS and the Elderly of Thailand: Projecting Familial Impacts. *Demography*, 39(1), 25-41.
- Zirulnik, J. (2010). El HIV y los nuevos parias. Diálogo imaginario sobre el SIDA con Hannah Arendt. *Actualizaciones en SIDA*. 18(68):70-73. Recuperado de: <http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08042de87f95012dea8f83a1002e>