



PERSONAS TRANS Y SU ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA EL VIH/SIDA

Milagros Del Carmen Meléndez Sáez¹

José R. Rodríguez Gómez

María Vélez Pastrana

Carlos Albizu University, Puerto Rico

COMPENDIO

La población de personas Trans es una poco estudiada. Los escasos estudios publicados sugieren que las personas Trans que viven con Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) se enfrentan a retos únicos en cuanto a la adherencia y los cuidados de tratamiento de esta enfermedad. La complejidad de los factores asociados con la adherencia está implicada en una interacción dinámica entre las variables de comportamiento y el desarrollo cognitivo y emocional. El presente estudio con metodología mixta, tuvo como objetivo analizar y describir la relación entre las variables apoyo social, creencias de salud y depresión con el nivel de adherencia a los tratamientos antirretrovirales (TAR) en una muestra de ocho personas Trans ($N = 8$) que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico (PR). Los hallazgos demuestran que el factor principal para la adherencia a TAR es el apoyo social, lo que implica tener significancia clínica.

Palabras claves:

Trans; Adherencia; terapia antirretroviral; VIH/SIDA; Puerto Rico.

ABSTRACT

Transgender persons have been not been study in detail. In the small number of published studies, they suggest Trans persons living HIV/AIDS face unique challenges in terms of adherence and health treatment problems. The complexities of the factors associated with adherence are related with serious dynamic interactions with behavior and the emotional and cognitive development of the person. This pioneer study in Puerto Rico (PR), using mix methodology, try to describe the relationship between social support, health beliefs and depression, with the adherence level of antiretroviral treatment (ART) in a sample of eight Trans persons ($N = 8$) living with HIV/AIDS in PR. Findings show that the main factor for adherence to ART is social support. This finding has clinical implications that need to be addressed in future research.

Keywords:

Trans; adherence; antiretroviral therapy; HIV/AIDS; Puerto Rico.

¹ Correspondence to the article should be address to Milagros Del Carmen Meléndez Sáez P.O. Box 3975 Bayamón, PR 00958-3975, E-mail: mila.msaez@gmail.com

TRANS PERSONS IN PUERTO RICO AND THEIR ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY FOR HIV/AIDS

Las personas Trans que viven con VIH/SIDA probablemente se enfrentan a retos únicos en cuanto a la adherencia y los cuidados de tratamiento de esta enfermedad (Tom Waddell Health Center Transgender Team, 2006; Vázquez, 2008; Wilson et al., 2009). Sin embargo, existe muy poca investigación metódica enfocada en el VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento para esta población altamente marginada (Lafaurie, Forero & Miranda, 2011; Sevelius et al., 2010). La complejidad de los factores asociados con la adherencia está implicada en una interacción dinámica entre las variables de comportamiento y el desarrollo cognitivo y emocional de las personas que viven con VIH/SIDA (Remien et al., 2003; Van Dülmen et al., 2007). La introducción de la terapia antirretroviral (TAR) desde el 1996, conocida por sus siglas en inglés como ART, transformó radicalmente el pronóstico de las personas que viven con VIH/SIDA, produciendo una disminución drástica de la morbilidad y mortalidad en la población (Côté, Godin, Ramírez García, Gagnon & Rouleau, 2008; Department of Health and Human Services, 2011; Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2011). Los tratamientos efectivos dirigidos a suprimir las réplicas del virus han hecho que el VIH se considere hoy en día una enfermedad crónica, siendo la adherencia a TAR una parte importante para el manejo de la condición, lo cual afecta en forma favorable aquellas personas Trans que padecen la enfermedad (Ammassari et al., 2004; Cardelli et al., 2008).

Desarrollo de la Nomenclatura de las Personas Trans

Si bien la primera operación de reasignación sexual integral documentada se realizó en el 1930 a un hombre biológico danés, fueron las operaciones realizadas por el doctor Hamburger a principios de los cincuenta en Dinamarca las que alcanzaron la notoriedad mundial de la transexualidad (Giberti, 2003). Luego David Cauldwell en 1949, acuñó el término “Transexualidad”, y varios años más tarde, Harry Benjamín, un endocrinólogo alemán, lo popularizó entre la comunidad científica en un artículo publicado en el *International Journal of Sexology, Transvestism and Transsexualism* (Giberti, 2003). Al presente el Manual de Enfermedades Mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) lo han definido bajo el nombre de Disforia de Género (DG). Sin embargo, la Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans (2012), continúa la promoción de un debate en cuanto a la desclasificación o despatologización de la Transexualidad, lo cual ha cobrado en los últimos años una gran importancia en el seno del activismo Trans, gay y lésbico.

Para propósitos de nuestro estudio, utilizamos el término *Trans* para referirnos a personas cuya identidad y/o expresión de género no corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer (Bockting, Keatley, & Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2013). Es importante puntualizar que hay personas que son socialmente consideradas transexuales o transgénero, pero que no se perciben así y prefieren ser llamadas “femenina/mujer” o “masculino/hombre” (Guzmán, 2014). De igual forma recalamos que términos como “mujer transexual” es uno considerado como anticuado, el cual fue apreciado desde la perspectiva del modelo médico, y que al presente no es el más indicado, aún cuando hayan personas trans que se identifique con este (New York State Department of Health AIDS Institute, 2012). En Puerto Rico hace aproximadamente 17 años, la Organización Transexuales y Transgéneros en Marcha ha estado trabajando en la creación de un espacio social que responda a las realidades y necesidades de la comunidad Trans.

A continuación definimos los términos específicos utilizados por las personas Trans participantes de nuestro estudio: 1) mujer transgénero/mujer Trans, utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como mujeres (i.e., personas que fueron asignadas como hombres al nacer y que se identifican como mujeres) (Bockting, Keatley, & Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2013); y 2) hombre transgénero/hombre Trans, utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como hombres (i.e., personas que fueron asignadas como mujeres al nacer y que se identifican como hombres) (Bockting, Keatley, & Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2013).

Epidemiología del VIH/SIDA de las personas Trans en Puerto Rico, Latinoamérica y EE.UU.

En Puerto Rico, desde 1985 hasta el 30 de junio de 2015 se han reportado cerca de 47,007 casos de VIH/SIDA, de los cuales, 26,977 son casos de personas que han muerto a causa de SIDA (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015). Según las categorías de Transmisión reportadas, el segundo grupo mayor es el



contacto sexual hombres sexo con hombres (HSH) con un 18%. El término HSH, obedece a un patrón epidemiológico de comportamiento y se refiere a hombres que mantienen relaciones sexuales con otros

hombres, lo que engloba una diversidad de identidades sexuales, así como aquellas personas que no se identifican como gay (Nieves Lugo, 2011). Es por ello, que una de las razones de la falta de información es el hecho de que las mujeres trans, a menudo, han sido incluidas en la categoría estadística de HSH.

En un estudio realizado por Rodríguez Madera y Toro Alfonso (2005) con una muestra de 50 personas Trans puertorriqueñas con el propósito de identificar los factores que vulnerabilizan a esta población a la infección del VIH/SIDA, resultó alarmante que sólo el 76% (38/50) de las personas Trans participantes se habían hecho la prueba de anticuerpos, al tomar en cuenta que un 14% (7/50) resultó positivo al VIH/SIDA. Lo anterior demuestra las limitaciones existentes en términos de la disponibilidad de muestra en este tipo de investigación. En adición, los datos epidemiológicos relativos a la salud de las personas trans en Latinoamérica y el Caribe son muy escasos, y específicamente en el caso de hombres trans (Bockting, Keatley, & Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2013). En cuanto a la prevalencia de las infecciones, los pocos estudios existentes informan en cuanto a tasas alarmantes de VIH entre las mujeres trans, que van desde 15 a 33 por ciento (Universidad del Valle de Guatemala, 2010a/b; Hernández, Guardado & Paz Bailey, 2010; Tabet et al., 2002).

Estudios encontrados, tanto en los EE.UU. como en Europa, particularmente en las mujeres Trans revelaron cifras alarmantes en cuanto a la cantidad de personas Trans que se han contagiado con el VIH/SIDA (Craig Phillips & Patsdaughter, 2009; Nuttbrock et al., 2009; Operario & Nemoto, 2010; Sánchez, Sánchez & Danoff, 2009; Sevelius et al., 2010). Se estima un 3% - 12% de los nuevos casos por año sobre los que ya han sido identificados (UNAIDS, 2006). En un meta análisis reciente de 29 estudios que se enfocaron en la población Trans subrayaron una tasa alarmante de prevalencia de VIH/SIDA entre personas Trans en los EE.UU. (Herbst et al., 2008). Según Herbst y colaboradores (2008), en general, 28% de las mujeres Trans reportaron positivo a las pruebas de anticuerpo de VIH, pero cuando se les preguntó su estatus de la enfermedad solo 12% reportaron tenerla. Además, se reportó una tasa de 2 - 3% (1 de cada 50) entre hombres Trans (Herbst et al., 2008). Es importante destacar que pocos estudios se enfocan en cuanto al creciente número de hombres Trans que han reportado positivo a las pruebas de anticuerpo de VIH (Glynn & Rhodes, 2005; Sausa, Sevelius, Keatley, Iñiguez & Reyes, 2009).

Adherencia y la terapia antirretroviral

Según Levensky y O'Donohue (2006, p. 4), aunque hay mucha variabilidad en la definición del término de *adherencia*, en general se refiere a la “medida en que las personas siguen las instrucciones que se le indican para sus tratamientos prescritos”. Los óptimos niveles de adherencia en las personas que viven con VIH/SIDA mejoran la respuesta inmunológica, disminuyen el potencial de resistencia a los medicamentos y la transmisión de cepas resistentes a TAR de otras personas por lo que es necesario entender los factores que afectan la adherencia con el cuidado de medicamentos prescritos (Cardelli, et al., 2008; Côté et al., 2008; García de Olalla et al., 2002; Johnson et al., 2003; Leserman, Ironson, O’Clerigh, Fordiani & Balbin, 2008; Limkulpong, Tulathong, Fennie & Williams, 2006; Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2011). Sin embargo, a pesar de las nuevas combinaciones que incluyen más dosis fija y ofrecen productos de combinación una vez al día, la adherencia sigue siendo un desafío; dado que el tratamiento del VIH/SIDA es un esfuerzo de por vida, y porque muchas personas al iniciar el tratamiento se encuentran en general en buen estado de salud, se siente bien, y no muestran signos o síntomas representativos de la enfermedad (Chesney, 2006; Paterson et al., 2000).

Adherencia a la terapia antirretroviral entre mujeres Trans que viven con VIH/SIDA

El único estudio identificado hasta el momento fue en EE.UU. con participantes de Proyectos de Vivienda de Salud en San Francisco, Los Ángeles, New York City y Milwaukee, publicado por Sevelius, Carrico y Johnson (2010), el cual examinó la tasa de adherencia a TAR a través de un auto-reporte entre mujeres Trans que viven con VIH/SIDA ($n = 59$) y mujeres Trans que se encontraban recibiendo TAR ($n = 35$, 59%).

Estos autores realizaron correlaciones entre la no adherencia y niveles de depresión, auto-eficacia a la adherencia, la percepción de la persona con su relación con el/la proveedor/a y la percepción de los efectos adversos de TAR comparada con otras personas participantes que viven con VIH/SIDA y reciben TAR ($n = 2,770$) en las cuatro ciudades (San Francisco, Los Ángeles, Nueva York y Milwaukee). En sus hallazgos, las mujeres Trans en TAR indicaron ser menos propensas en reportar niveles de adherencia de al menos 90% de su régimen prescrito durante tres días ($OR = 4.49$, 95% CI = 0.25 – 0.97); y reportaron menos confianza en su habilidad para integrar el régimen de tratamiento en su vida diaria.

Además, al comparar las mujeres Trans con las demás personas participantes, sin tomar en cuenta el tipo de régimen de tratamiento en que se encontraban, éstas reportaron un número significativamente menor de interacciones positivas con sus proveedores/as de servicios de salud que el resto de las personas participantes. No obstante, no se encontraron diferencias significativas con respecto a la depresión entre las mujeres Trans que viven con VIH/SIDA al compararse con otros grupos. Aún cuando no se encontraron diferencias en los efectos secundarios a los medicamentos del VIH/SIDA, las mujeres Trans pueden presentar un panorama más complicado de efectos secundarios debido al uso de tratamiento de hormonas el cual no fue auscultado en el estudio antes discutido.

Apoyo Social. En Puerto Rico, se ha encontrado evidencia que las personas que mostraron ser adherentes a los tratamientos para el VIH/SIDA tienen una mayor percepción de apoyo social que aquellas que no se adhieren (Nieves Lugo, 2011); y que el apoyo brindado por los familiares se relaciona significativamente con el nivel de adherencia a TAR (Negrón Chavéz, 2002); más aún, la madre y las amistades parecen ser los apoyos más importantes en cuanto a las relaciones interpersonales, específicamente en las personas Trans VIH/SIDA (Malavé & González, 2009). Sin embargo, para algunas de las personas Trans este vínculo es inadecuado o deficiente, o no mantiene ninguna relación. Según Bockting y sus colaboradores (2013), las reacciones familiares frente a las primeras expresiones de no conformidad con el género asignado pueden ser intensamente desaprobatorias e, inclusive, violentas. El rechazo por parte de madres, padres y otros familiares priva a las personas trans de un importante grupo de apoyo y referencia. Esta situación empeora cuando es evidente que la mayoría de ellas no cuentan con redes de apoyo que le provean sostén en sus experiencias de vida con VIH/SIDA.

Creencias de Salud. Se ha encontrado que las creencias de salud que tienen las personas en cuanto a la severidad de la enfermedad del VIH/SIDA están relacionadas a los niveles de adherencia (Gatti, Jacobson, Gazmararian et al., 2009). Kemppainen y sus colaboradores (2008) encontraron en su estudio que el 91% de las personas participantes estaban de acuerdo con que los medicamentos para el VIH/SIDA ayudaban a controlar su condición y 85% estuvieron de acuerdo con que los medicamentos para el VIH/SIDA eran efectivos en manejar su condición. En Puerto Rico, Nieves Lugo (2011), al examinar en una muestra de hombres VIH/SIDA entre las edades de 23 a 76 años, las creencias de salud y su asociación con los niveles de adherencia a TAR, encontró que en general la mayoría de los participantes tenían creencias positivas hacia la salud. Por otro lado, las creencias negativas en cuanto a los medicamentos para el VIH/SIDA, a menudo resulta en que las personas decidan ser no adherentes a TAR. Las recomendaciones sugieren que en primer lugar, antes de escribir las prescripciones, el médico debe evaluar la disposición de la persona para tomar los medicamentos, incluyendo la exploración de factores que puedan limitar la adherencia (e.g., conocimiento de VIH/SIDA, enfermedad psiquiátrica, uso activo de drogas, etc.) y brindarle el apoyo adicional que sea necesario (Panel on antiretroviral guidelines for adults and adolescents, 2011).

Depresión. Otro factor que influye la adherencia es la depresión, ya que es un problema debilitante y común para las personas que viven con VIH/SIDA (Safren et al., 2004). Se estima que un 30% de las personas que viven con VIH/SIDA padecen de depresión (Impacto, 2005). En Puerto Rico, Toro Alfonso (1995), el primer estudio realizado con las personas Trans, identificó que el 68% de las personas participantes experimentaban regularmente síntomas asociados a altos niveles de ansiedad y depresión. Los estudios han demostrado altas tasas de depresión, angustia emocional, soledad y aislamiento social en las personas Trans que viven con VIH/SIDA (Operario & Nemoto, 2010; Toro Alfonso, 1995).



Utilizando el Modelo de Creencias de Salud (MCS) como guía, el presente estudio plantea que el apoyo social, las creencias de salud y la depresión que pudiesen tener las personas Trans VIH/SIDA en Puerto Rico, pueden influir en las conductas de adherencia a TAR. Según Moreno y Roales Nieto (2003), desde su origen en la década de los años cincuenta, el MCS se ha convertido en uno de los marcos teóricos más utilizados en la Psicología de la Salud para explicar los comportamientos de salud y la prevención de la enfermedad. Conforme con las observaciones de trabajos clínicos previos y la poca investigación hasta el momento encontrada con

personas Trans que viven con VIH/SIDA, el objetivo principal de este estudio fue analizar y describir la relación entre las variables apoyo social, creencias de salud y depresión con el nivel de adherencia a la terapia antirretroviral reportada por una muestra pequeña y no generalizable de personas Trans VIH/SIDA en Puerto Rico.

Método

Diseño de Investigación

En nuestro estudio se utilizó una metodología mixta de diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC), con un acercamiento *ex post facto* (Creswell, 2007; Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010). A través de la utilización de un Modelo Fenomenológico en las preguntas guías para la entrevista se auscultaron las representaciones cognitivas de las personas Trans que viven con VIH/SIDA (Creswell, 2007). En adición, se realizó una transcripción de las preguntas guías para el análisis de contenido con el propósito de auscultar de una forma más amplia las variables del estudio. Se identificaron declaraciones significativas y frases que directamente se relacionaban con vivir con la condición de VIH/SIDA, el apoyo social percibido, las creencias de salud, sintomatología depresiva y los factores que pudieran estar involucrados con la adherencia a TAR. También, codificamos la información y la agrupamos en categorías para construir modelos conceptuales. Seleccionamos este método, ya que ambas bases de datos nos pueden proporcionar distintas visiones en cuanto al planteamiento del problema (Creswell, 2007). Se utilizaron instrumentos validados para Puerto Rico, los cuales están relacionados a las variables apoyo social, creencias de salud, depresión y adherencia.

Participantes

La muestra consistió de ocho personas Trans voluntarias ($N = 8$) que viven con un género distinto al que le ha sido asignado al nacer a base de su sexo, independientemente de si han modificado su cuerpo, o de si han recibido un diagnóstico de disforia de género (Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans, 2012), mayores de 21 años de edad, diagnosticadas con VIH/SIDA y que al momento de la investigación se encontraban recibiendo TAR. La edad de las personas Trans participantes fluctuó entre 23 a 63 años con una edad promedio de 47.62 años ($DE = 13.47$). El 37.5% ($n = 3$) se identificó como persona femenina, otro 37.5% ($n = 3$) como mujer Transgénero/mujer Trans, un 12.5% ($n = 1$) se identificó como hombre Transgénero/hombre Trans, y otro 12.5% ($n = 1$) como persona Transexual. El nivel de escolaridad reportado fue el siguiente, el 25% ($n = 2$) no terminó la escuela, versus un 37.5% ($n = 3$) reportó tener algo de estudios graduados; y más de la mitad, 75% ($n = 6$) viven con un ingreso anual menor de \$9,999 dólares. Las personas Trans participantes residían en el Norte y Sur de Puerto Rico (Nos reservamos los pueblos de procedencia de las personas Trans VIH/SIDA dado al tamaño de la muestra). Dicho muestreo fue realizado durante un periodo de identificación y reclutamiento de 6 meses. A continuación la Tabla 1 resume los resultados obtenidos del análisis de las variables antes mencionadas.

Tabla 1

Distribución de Frecuencias de las Características Sociodemográficas de las Personas Trans (N = 8)

Variable	Respuesta	F	%
Edad	23	1	12.5%
	35	1	12.5%
	45	1	12.5%
	47	1	12.5%
	51	1	12.5%
	56	1	12.5%
	61	1	12.5%
	63	1	12.5%
Género	Femenina	3	37.5%
	Hombre Transgénero/hombre Trans	1	12.5%
	Mujer Transgénero/mujer Trans	3	37.5%
	Transexual	1	12.5%
Sexo asignado al nacer	Masculino	7	87.5%
	Femenina	1	12.5%
Orientación sexual	Te atraen exclusivamente los hombres	7	87.5%
	Te atraen exclusivamente las mujeres	1	12.5%

Instrumentos

A continuación describiremos los instrumentos de nuestro estudio: **1) Formulario de Consentimiento para Participantes en Estudios de Investigación y Autorización para el uso y Divulgación de Información de Salud:** información en cuanto al propósito del estudio, procedimientos, riesgos o incomodidades, beneficios e información relacionada a la privacidad, anonimato y confidencialidad de los datos recopilados y la participación y retiro voluntario, todo aprobado por el Comité de Ética de Investigación Institucional; **2) Cuestionario de Datos Sociodemográficos:** información que recopilan datos específicos a la población Trans, tales como edad, residencia, género, orientación sexual, acceso a servicios de personas Trans, entre otros; **3) Cuestionario de Factores Psico-Sociales y Adherencia al Tratamiento (CFPSAT):** desarrollado por Nieves Lugo (2011), en el cual está integrado el Cuestionario Simplificado para la Medición de la Adherencia, SMAQ, por sus siglas en inglés, validado en el año 2002 con población hispana por Knobel y sus colaboradores. El SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) ha presentando un 72% de sensibilidad y 91% de especificidad (Knobel et al., 2002). Además, incluye la Escala de Apoyo Social que contiene 18 reactivos para identificar los tipos de apoyo social con un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.943 para Puerto Rico. También, el CFPSAT contiene la Escala de Creencias de Salud. Esta escala tiene 22 reactivos que trabajan las dimensiones de: 1) vulnerabilidad, 2) severidad, 3) costos, y 4) beneficios de tratar la enfermedad. El Coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.82, lo cual indica una elevada confiabilidad para Puerto Rico; **4) Inventario de Depresión de Beck (BDI – II, Spanish Translation):** Tiene un formato de auto-informe de 21 reactivos dirigidos a evaluar la severidad de la depresión en adolescentes y adultos durante la semana pasada. El



Coefficiente Alfa de Cronbach es de 0.89, lo cual indica una adecuada confiabilidad para el inventario en Puerto Rico (Bonilla, Bernal, Santos, & Santos, 2004; Rodríguez, Dávila, & Collazo, 2006); y **5) Preguntas Guías para la Entrevista**. Consistieron en ocho (8) preguntas las cuales se utilizaron para explorar información relacionada al apoyo social, creencias de salud, depresión y adherencia.

Procedimientos

Reconocemos que la muestra lograda fue una de conveniencia, pequeña, y no generalizable. Es por ello que con el objetivo de identificar una muestra más amplia utilizamos las siguientes estrategias de reclutamiento, salvaguardando los procesos de confidencialidad: 1) identificamos programas y clínicas de asistencia médica dirigidas a las personas con VIH/SIDA en Puerto Rico; 2) los únicos programas y clínicas que identificaron en sus servicios a personas Trans VIH/SIDA en TAR fueron del área Norte y Sur de Puerto Rico y con su apoyo logramos reclutar la totalidad de las personas Trans VIH/SIDA identificadas que al momento se encontraban en TAR; 3) una vez identificadas las personas Trans VIH/SIDA se les contactó y se les brindó una orientación en cuanto al estudio, sus objetivos, propósitos, cuestionario, escalas, inventario y entrevista a ser administrados; y 4) por último, brindamos un incentivo económico.

Al mismo tiempo, de acuerdo a los principios éticos que rigen la profesión de la Psicología en Puerto Rico y las medidas estipuladas en la Ley para el Manejo de Información Confidencial (Ley HIPAA), se siguieron los procedimientos para garantizar la seguridad, los derechos, el anonimato y la confidencialidad de todas las personas Trans VIH/SIDA en TAR participantes al momento de administrar los instrumentos y la entrevista en aproximadamente 90 minutos. Los procedimientos fueron evaluados por el Comité de Ética Institucional de la Universidad quien autorizó la investigación.

Análisis estadísticos

Se utilizó la versión 22 del Programa Estadístico *IBM SPSS Statistics* (Statistical Package for the Social Sciences para Windows, 2013). Se realizaron análisis descriptivos, tabulaciones cruzadas y contrastes de media, según la naturaleza y escala de medición de las variables para examinar las relaciones entre la adherencia y las variables dependientes, incluyendo el *Modelo de distribución t de Student*. Este modelo es el más recomendado a partir de muestras con 30 ó menos personas participantes, como es en nuestro caso (Sánchez Viera, 2001). Las distribuciones *t*, son una familia de modelos matemáticos donde cada modelo toma en cuenta la particular distribución de muestreo que se genera en función de los distintos tamaños de las muestras. Esto es de suma importancia puesto que, según se reduce el tamaño de la muestra, las distribuciones de muestreo tienden a diferenciarse cada vez más de la curva normal. En adición, utilizamos la *distribución chi cuadrado* para las variables nominales. El *nivel de significancia alfa* que se utilizó en la investigación fue de $p < 0.05$.

Resultados

Datos en cuanto a la condición de VIH/SIDA en las personas Trans

Se encontró que el 62.5% ($n = 5$) de las personas Trans participantes viven hace más de 15 años con la condición de VIH/SIDA, un 12.5% ($n = 1$) lleva entre 10 a 15 años, 12.5% ($n = 1$) entre 3 a 5 años, y otro 12.5% ($n = 1$) lleva un año viviendo con esta enfermedad. Los modos de transmisión reportados fueron, 37.5% ($n = 3$) contacto heterosexual (sexo con hombre VIH/SIDA) y 25.0% ($n = 2$) contacto homosexual (HSH VIH/SIDA); mientras, un 12.5% ($n = 1$) indicó haberse contagiado mediante un asalto, 12.5% ($n = 1$) indicó haber contraído la infección a través de agujas para implantes de busto y otro 12.5% ($n = 1$) fue por abuso sexual (sexo con hombre VIH/SIDA). Los resultados de la última prueba de CD4 (conteo de células T) y la última medida de carga viral fueron marcadores clínicos en este estudio. El conteo de la prueba de CD4 varió entre las personas Trans participantes, un 25.0% ($n = 2$) reportó 800 CD4 células/mm³, otro 25.0% ($n = 2$) indicó 850 CD4 células/mm³. Mientras que las cuatro personas Trans VIH/SIDA restantes, cada una reportó un 12.5% ($n = 1$) en las siguientes medidas, 1000, 600, 400 y 200 CD4 células/mm³. La mayoría de las personas Trans VIH/SIDA participantes (87.5%, $n = 7$) indicaron que la última medida de carga viral fue no detectable (<200 copias/ml). Sin embargo, un 12.5% ($n = 1$) contestó una medida de carga viral mayor de 1 millón de copias/ml.

Las personas Trans VIH/SIDA participantes indicaron en promedio que le habían cambiado los medicamentos 1.25 veces ($DE = 1.035$) con una variedad de cambio de 0 a 3 veces. En cuanto a la divulgación de su condición de VIH/SIDA, cuatro participantes (50.0%) comparten con familiares o amistades que tienen VIH/SIDA, y las otras cuatro (50.0%) indicaron que no comparten con familiares o amistades su condición. En adición, la mayoría (87.5%, $n = 7$) indicó que se encontraba tomando hormonas en combinación con sus medicamentos para el VIH/SIDA. El manejo de las terapias de hormonas para las personas Trans puede ser difícil, pero el tratamiento de personas Trans VIH/SIDA constituye un reto, ya que TAR puede interactuar con las hormonas (Williamson, 2010).

Adherencia

En cuanto a los niveles de adherencia encontramos que el 50.0% ($n = 4$) se clasificó como adherentes y el restante 50.0% ($n = 4$) como no adherentes a TAR. Las razones reportadas de la no adherencia fueron: a) no tomar los medicamentos; b) dejar de tomar los medicamentos por sentirse mal; c) olvidarse de tomar los medicamentos durante el fin de semana; y d) en la última semana, no tomar alguna de las dosis de 1 a 10 veces. Mientras, las dificultades presentadas por las personas Trans para mantenerse tomando los medicamentos para el VIH/SIDA fueron: 1) la falta de disponibilidad de los medicamentos; 2) el olvido; 3) dificultades para tomarse los medicamentos por falta de motivación; y 4) por sentirse mal. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la prueba t entre las personas Trans adherentes y no adherentes y todas las variables sociodemográficas.

De igual forma, al evaluar la chi cuadrada no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas Trans adherentes y no adherentes para las variables nominales. Algunas de las variables auscultadas fueron: 1) con quién comparte su vivienda (vive solo/a, compañero homosexual, pareja sentimental y familia biológica); 2) ha recibido terapia psicológica; 3) alguna vez ha recibido tratamiento psicológico y psiquiátrico; 4) manera de contagio; 5) carga viral reportada por última vez (no detectable y un millón); 6) comparte con familiares o amistades que tiene VIH/SIDA; 7) combinación de hormonas y TAR; 8) actualmente fuma cigarrillos; y 9) en los últimos 30 días ha consumido algún tipo de alcohol.

Las características principales en las personas Trans VIH/SIDA no adherentes fueron las siguientes: 1) viven actualmente solas, 2) han recibido terapia psicológica por depresión, ansiedad y nervios, 3) contrajeron el VIH/SIDA a través de abuso sexual (hombre VIH/SIDA) y contacto homosexual (HSH VIH/SIDA), 4) reportaron carga viral sobre un millón de copias (>200 copias/ml), y 5) no comparten con familiares y amistades la divulgación de su condición de VIH/SIDA.

Apoyo Social

El apoyo social percibido en los últimos 30 días en las personas Trans VIH/SIDA participantes fue el siguiente: 1) nunca contó con una persona que le apoye para cumplir con su tratamiento para el VIH/SIDA, para darle dinero, para pagar los deducibles de los medicamentos para el VIH/SIDA o para compartir en actividades sociales (ejemplo, ir al cine, a la playa, restaurantes, entre otros), ($n = 2$); 2) nunca contó con una persona para desahogarse sobre las complicaciones debido al uso de los medicamentos para el VIH/SIDA; y para que le mostrara amor o afecto ($n = 1$); y 3) nunca contó con una persona para hablar cuando sintió temor sobre su futuro debido al VIH/SIDA ($n = 3$). En cuanto a la revelación de su diagnóstico a familiares y amigos: 1) cinco personas trans indicaron que comparten con familiares o amistades que tiene VIH/SIDA; y 2) tres personas trans, no comparten éste tipo de información. Solo una persona Trans reportó no recibir ayuda de nadie e indicó: “*es bien triste*”. Las personas Trans adherentes a TAR para el VIH/SIDA obtuvieron un promedio mayor ($M = 47.75$, $DE = 1.893$) en la Escala de Apoyo Social que las personas Trans no adherentes ($M = 28.75$, $DE = 6.898$). La diferencia que existe entre las personas Trans adherentes y no adherentes a TAR y el apoyo social fue estadísticamente significativa $t_{(6)} = -5.312$, $p = 0.0018 < 0.05$.

Creencias de Salud

La Escala de Creencias de Salud se administró con el propósito de medir las creencias o percepciones que tienen las personas que viven con VIH/SIDA en cuanto a su enfermedad en diversas dimensiones. En la dimensión de: 1) vulnerabilidad, el 87.5% ($n = 7$) indicó estar totalmente de acuerdo en que no saben que le



pasará en el futuro; 2) severidad, en cuanto a los efectos secundarios causados por los medicamentos, 12.5% ($n = 1$) indicó estar totalmente de acuerdo y 25.0% ($n = 2$) reportó de acuerdo que dichos efectos secundarios son desagradables, y un 50.0% ($n = 4$) refirió estar de acuerdo y 25.0% ($n = 2$) totalmente de acuerdo que el tratamiento para el VIH/SIDA daña su organismo; 3) costos, se observó que la gran mayoría (87.5%) está totalmente de acuerdo que sus actividades diarias no afectan su enfermedad debido a que utilizan tratamiento contra el VIH/SIDA; y 4) beneficios de tratar la enfermedad, el 75.0% ($n = 6$) de las personas Trans contestaron estar totalmente de acuerdo con la aseveración, “cumplir con mi tratamiento es mejor que no cumplir”; y el 75.0% ($n = 6$) reportó estar totalmente de acuerdo que pueden bajar la carga viral de VIH/SIDA usando los medicamentos. En adición, 87.5% ($n = 7$) refirió estar totalmente de acuerdo que se siente seguro/a hablando con su médico acerca de su tratamiento para el VIH/SIDA. Estos reportes nos ilustran que la gran mayoría de las personas Trans participantes están de acuerdo que es beneficioso para su salud cumplir con su tratamiento contra el VIH/SIDA. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las personas Trans adherentes a TAR para el VIH/SIDA y las Trans no Adherentes en la Escala de Creencias de Salud ($t_{(6)} = -2.1279, p = 0.077 > 0.05$).

Depresión

Aún cuando los resultados en el BDI-II fueron entre una puntuación total de 10 a 18, lo cual implica indicadores de sintomatología depresiva en una clasificación de leve a moderada, no hubo diferencias significativas ($t_{(6)} = 0, p = 1 > 0.05$) en los niveles de depresión entre las personas Trans adherentes ($M = 9.75, DE = 5.751$) y no adherentes ($M = 9.75, DE = 5.679$) a TAR. Es importante reiterar que dado al tamaño pequeño de la muestra, dichos resultados no pueden ser generalizables, ya que desconocemos el universo de las personas Trans VIH/SIDA en terapia antirretroviral en Puerto Rico.

Entrevista semi-estructurada

La entrevista consistió de ocho (8) preguntas semi-estructuradas, el tiempo de duración fluctuó entre 2 a 8 minutos y en general las respuestas de las personas Trans VIH/SIDA participantes fueron rápidas y espontáneas. A continuación se presentan en forma más detallada aquellas respuestas que son de mayor relevancia al tema. La primera pregunta del estudio fue: *¿Cómo se siente con respecto a vivir con la condición de VIH?*, en la cual surgió el tema de “aceptación”. En dicha pregunta todas las personas Trans participantes ($N = 8$) coincidieron en que al principio el diagnóstico del VIH/SIDA es un evento traumático, el cual requiere de tiempo y manejo para adaptarse y aceptar vivir con la condición. No obstante, una sensación de no aceptación de vivir con la condición fue evidente en una joven mujer Trans y en un joven hombre Trans. Ambas personas revelaron que el vivir con VIH/SIDA representa una visión negativa, lo cual se pudo observar una asociación con sintomatología depresiva. La segunda pregunta fue: *¿En qué forma su estado de ánimo influye para tomar sus medicamentos?*, donde surgió el tema “depende de cómo me sienta”. En esta pregunta, la mitad de las personas Trans entrevistadas ($n = 4$) se enfocaron en representaciones cognitivas asociadas a su estado de ánimo y la adherencia a TAR, e indicaron que el tomarse los medicamentos para el VIH/SIDA va a depender de sus creencias en cuanto a cómo visualizan su vida en el presente.

La tercera pregunta fue: *Describe en sus propias palabras que significa seguir correctamente el tratamiento médico.* En esta pregunta el tema fue “vivir” y se evidenció en todas las personas Trans participantes ($N = 8$) una reafirmación que cumplir correctamente con el tratamiento para el VIH/SIDA prolonga la vida y la salud. La cuarta pregunta del estudio fue: *¿Qué significaría no seguir con el tratamiento para su condición de VIH/SIDA?*, donde el tema fue “la muerte es lo que me espera”. En todas las respuestas que brindaron las personas Trans que participaron en este estudio el sentido de no ser capaz de escapar de la muerte al no seguir el tratamiento para VIH/SIDA fue evidente. Así lo manifestaron en respuestas:

“Bueno uno irse de este mundo, enfermarte, tener todas las enfermedades oportunistas, tú misma te estás matando”; “Echarse a perder”; “Deteriorar mi salud, después que he luchado tanto”; “No lograr mis sueños”; “Morir”; y “La muerte es lo que me espera”.

La quinta pregunta fue: *¿Cuáles son aquellos obstáculos que usted encuentra que no le permiten tomar su tratamiento?*, el tema que surgió en las personas Trans VIH/SIDA en TAR participantes fue “no es fácil”.

Encontramos que la adherencia a TAR en la mitad de la muestra de participantes ($n = 4$) estuvo influenciada por la percepción de bajo apoyo social, descripciones personales como la falta de apoyo para seguir el tratamiento y el estigma hacia ellas fue evidente en las siguientes respuestas:

“Cuando uno está en la cama, enferma, porque de momento no tienes la ayuda de alguien que necesitas para bebértelas”; “Que no pueda hacer la conexión con la oficina (clínica de servicios médicos) para recibir los medicamentos por el correo o por el tiempo”; y “Es que yo, entre a la clínica en que me atiende y alguien me vea entrar ahí, y como soy del área, pues es como difícil, porque te ven y dicen, mira ya tiene eso”.

La sexta pregunta del estudio fue: *¿Qué cosas/factores le permiten cumplir con su tratamiento?*, y el tema entre las participantes fue “cuidarse a sí misma/o”. Contrario a las dificultades percibidas de la adherencia por algunas de las personas Trans VIH/SIDA participantes, los factores percibidos para cumplir con su tratamiento, en general estuvieron influenciados por la percepción de una buena autoestima y una visión positiva hacia la vida. La séptima pregunta del estudio fue: *¿A quién usted recurre cuando necesita ayuda para cumplir con su tratamiento?*, y el tema que surgió fue “solos/os”. En esta pregunta, encontramos que al evaluar la situación particular de las personas Trans VIH/SIDA participantes, en todas sus descripciones revelaron una percepción de falta de apoyo social, específicamente de la familia biológica; por ejemplo, solo una ($n = 1$) de ellas identificó a su mamá como fuente de apoyo, y otras dos ($n = 2$) a sus parejas sentimentales. A su vez, identificamos que las personas Trans VIH/SIDA participantes no cuentan con amistades u otras personas Trans con las que puedan recurrir para cumplir su tratamiento.

Por último, la octava pregunta fue: *¿Cómo describirías el apoyo, si es que lo recibes, de tu familia y amigas/os?*, donde surgió el tema “no he sido rechazada/he sido rechazada/o”. En este tema, la mitad de las personas Trans perciben que han recibido en algún grado apoyo social de su familia y amistades; mientras que la otra mitad perciben que nunca han tenido apoyo social. En particular, la mitad de las personas Trans ($n = 4$) se centraron en representaciones cognitivas de marginación por la causa del VIH/SIDA y por su condición de ser una persona Trans. Esto se evidencia en sus respuestas:

“Yo no cuento con amigos, cuento conmigo mismo”; “Pues de mi familia, no he tenido apoyo nunca, ni de amigos tampoco, como mi familia y los amigos que tengo me ven como algo fuera de lo normal, pues no socializo con ellos”; “Yo sé que no es fácil, pero a pesar de todo me siento feliz, fíjate”.

En cuanto a la percepción del apoyo recibido de la pareja sentimental observamos en una de las personas Trans VIH/SIDA participantes un grado de inconformidad y resignación: “No es bien afectivo porque lo criaron de esa manera, pero en cuestiones de mala vida, no. No paso hambre, no tengo que ir a vender mi cuerpo por 10 ó 5 pesos pa’ poder comerme algo”.

Comparación con Estudio Previo

El presente estudio es cónsono con los hallazgos del estudio antes discutido por Sevelius y sus colaboradores (2010a) en términos de sintomatología depresiva y la adherencia a TAR. A diferencia de los hallazgos en la investigación de Sevelius y sus colaboradores (2010a), la gran mayoría de las personas Trans participantes en nuestro estudio reportaron una percepción de creencias de salud positiva en términos de su relación con los proveedores. Además, nuestro estudio examinó si existía una asociación entre la combinación de hormonas relacionadas con personas Trans con los medicamentos para el VIH/SIDA, lo cual no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Sin embargo el estudio antes mencionado, no examinó esta relación, lo cual sus autores refirieron ser una de sus limitaciones. La Tabla 2 resume las características principales de ambos estudios.



Tabla 2

Comparación del Presente Estudio con el Estudio de Sevelius, Carrico y Johnson (2010a)

Variable	Sevelius, Carrico y Johnson (2010a), EE.UU.	Meléndez Sáez, Rodríguez Gómez y Vélez Pastrana (2013), P.R.
Tamaño de la muestra		
Mujeres Trans	35	7
Hombres Trans		1
Edad promedio	38.4	47.62
Educación		
No término la escuela	15	2
Diploma de escuela superior/equivalencia	9	2
Grado asociado/Técnico		1
Algo de estudios graduados	9	3
Bachillerato	2	
Situación de empleo actual		
Estudiante a tiempo		1
Completo		
Trabajo a tiempo	7	1
Completo		
Retirado		1
Incapacitado/a		1
Desempleado/a		1
Trabajadora Sexual		1
Persona sin hogar	2	
Carga Viral detectable (auto-reporte)	21	1
CD4 (promedio de conteo de células T – auto-reporte)	346.9	687.5
Metodología de muestra	Por disponibilidad a través de clínicas de tratamiento para VIH/SIDA	Por disponibilidad y conveniencia a través de clínicas de tratamiento para VIH/SIDA
Instrumentos utilizados	Autoreporte de Adherencia en los pasados 3 días Listado de cotejo de síntomas a la TAR Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) Escala de Auto-eficacia de Adherencia	Escala de Adherencia Escala de Apoyo Social Escala de Creencias de Salud Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) Guía de Preguntas para Entrevista

	Escala de Interacción Positiva hacia Proveedores	
Relación entre adherencia y depresión	Ninguna	Ninguna
Sintomatología depresiva	No reportada	Leve a moderada
Limitaciones	Tamaño de la muestra	Tamaño de la muestra

Discusión

Los resultados del estudio indican que las personas Trans participantes adherentes a TAR para el VIH/SIDA obtuvieron un promedio mayor que las personas Trans no adherentes en la Escala de Apoyo Social, encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Esto representa que el apoyo social es una variable que puede incidir en la adherencia a TAR para el VIH/SIDA en las personas Trans participantes. Al evaluar a través de la entrevista semi-estructurada la situación particular de las personas Trans VIH/SIDA participantes, en todas sus descripciones reveló una percepción de falta de apoyo social, específicamente de la familia biológica. De hecho, al auscultar la percepción recibida de la familia y amistades para cumplir con el tratamiento para el VIH/SIDA, reportaron que se encontraban solas, siendo la mitad de ellas rechazadas por la familia. Al evaluar los niveles de adherencia y su asociación con las creencias de salud a TAR, encontramos que la gran mayoría de las personas Trans VIH/SIDA tenían creencias positivas en cuanto a su salud. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las personas trans VIH/SIDA adherentes y no adherentes a TAR. Sin embargo, es importante señalar que aún cuando las personas Trans en general reportaron creencias positivas de salud e identificaron la “muerte” como consecuencia segura de no seguir su tratamiento para el VIH/SIDA, la mitad reportó ser no adherentes a la terapia antirretroviral.

Por último, al examinar los niveles de depresión en la muestra de personas Trans VIH/SIDA no hubo diferencias entre los dos grupos. Sin embargo, se reportó que las situaciones de vida como estigma, discriminación y marginación que enfrentan las personas Trans VIH/SIDA participantes son factores que pudieran impactar su salud y estado de ánimo. Nuevamente enfatizamos que dado al tamaño pequeño de la muestra, dichos resultados no pueden ser generalizables, ya que desconocemos el universo de las personas Trans VIH/SIDA en terapia antirretroviral en Puerto Rico.

Conclusiones

El objetivo principal de la investigación fue analizar y describir la relación entre las variables apoyo social, creencias de salud y depresión con el nivel de adherencia a TAR reportada por una muestra pequeña y no generalizable de personas Trans VIH/SIDA en Puerto Rico. En el presente estudio la variable de apoyo social fue la única relacionada a la adherencia a TAR en las personas Trans VIH/SIDA participantes. Esto es consistente con los hallazgos realizados por Negrón Chavéz (2002), Nieves Lugo (2011), y Vayas Llerás (2010) en Puerto Rico donde encontraron que el apoyo social, específicamente de los familiares, se relacionaba significativamente con el nivel de adherencia con los medicamentos. Autores relatan las consecuencias positivas que tiene la percepción de apoyo social en las personas que viven con VIH/SIDA (Toro Alfonso & Varas Díaz, 2004). Por tanto, podemos señalar que las personas Trans que viven con VIH/SIDA y que no cuentan con redes de apoyo que le provean sostén en sus experiencias de vida, sigue siendo un reto para lograr adherencia al tratamiento.

Malavé y González (2009), reportan, en cuanto a las relaciones interpersonales, que la madre y las amistades de las personas Trans parecen ser los apoyos más importantes. No obstante, según Rodríguez Madera



(2009), al referirnos a las amistades, no necesariamente se encuentra a otra persona Trans en el panorama, debido a que aparenta existir una fuerte competencia entre ellas por quien “pasa” mejor como mujer. En consecuencia, la falta de apoyo entre las personas Trans restringe su cohesión como grupo, elemento clave para su fortalecimiento y para la coyuntura de las estrategias de resistencias (Rodríguez Madera, 2009).

Al evaluar los niveles de adherencia y su asociación con las creencias de salud a TAR encontramos en general que la gran mayoría de las personas Trans participantes tenían creencias positivas hacia su salud. No obstante, la mitad de las personas Trans participantes en este estudio no son cumplidoras con su tratamiento para el VIH/SIDA. Por consiguiente, hay que continuar educando a las personas Trans en cuanto a la importancia de ser adherentes a su tratamiento de VIH/SIDA para impedir que la enfermedad progrese. Puntualizamos que los programas existentes de educación y capacitación para proveedores y personal de salud (doctores/as, enfermeras/os, psicólogas/os, trabajadoras/es sociales, dentistas, recepcionistas, guardias de seguridad, farmacéuticos, personal de laboratorios, etc.) deben integrar la competencia cultural a los fundamentos de la atención específica para las personas trans reforzando la integración de la familia y de personas significativas en el manejo del tratamiento VIH/SIDA para lograr una óptima adherencia y una mejor calidad de vida..

Al examinar los niveles de depresión en nuestra muestra, encontramos que algunas de las personas Trans VIH/SIDA participantes evidenciaron indicadores de sintomatología depresiva. No obstante, no se encontró una asociación directa entre la adherencia a TAR y depresión. Esta información nos ilustra que aunque percibamos la vulnerabilidad de esta comunidad ante la sociedad, sus experiencias de vida han fortalecido su personalidad y las han convertido en seres que se mantienen en una lucha constante ante un sin número de adversidades.

Como todo estudio, la presente investigación tiene sus limitaciones metodológicas que deben ser subsanadas en futuras investigaciones. Una de las limitaciones fue el tamaño de la muestra utilizada de las personas Trans VIH/SIDA en Puerto Rico, factor principal, por lo cual no podemos generalizar nuestros hallazgos a la población total y realizar distribuciones más precisas. Estudios futuros de adherencia entre las personas Trans que viven con VIH/SIDA, no solo en PR, sino en Latinoamérica y todo el mundo, deben auscultar otras variables como factores de estrés externo, ansiedad, interacción social y regímenes de medicamentos complejos (e.g., variaciones en términos del número de pastillas, alta frecuencia de dosificación, o necesidades alimentarias específicas). Consideramos que la población de personas Trans que viven con VIH/SIDA es una que se debe seguir investigando más a fondo. Esta debe ser la meta futura.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ta. ed.). Washington, DC, EE.UU.: Autor.
- Ammassari, A., Antinori, A., Aloisi, M. S., Trotta, M. P., Murri, R., Bartoli, L., D'Arminio Monforte, A., Wu, A. W., & Starace, F. (2004). Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV infected persons. *Psychosomatics*, 45, 394-402.
- Bockting, W., Keatley, J. & Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). Por la Salud de las Personas Trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. Zúñiga, J., Keatley, J., Bockting, W., Salcedo, B., Radix, A., Schwenke, C., Holloway, J., Knudsson, A., Ostmann F., & Mazín, R. (Eds.). Versión digital del libro. Recuperado de <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>
- Bonilla, J., Bernal, G, Santos, A, & Santos, D. (2004). A revised Spanish version of the Beck Depression Inventory: Psychometric properties with a Puerto Rican sample of college students. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 119-130.
- Cardelli, R. Weis, S., Adams, E., Radaford, D., Vecino, K., Munguia, G., Johnson, K. L., & Fulda, K. G. (2008). General health status and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of International Association of Physician in AIDS Care*, 7, 123-129.

- Chesney, M. A. (2006). The elusive gold standard future perspectives for HIV adherence assessment and intervention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43, S149–S155.
- Côté, J., Godin, G., Ramírez García, P., Gagnon, M. & Rouleau, G. (2008). Program development for enhancing adherence to antiretroviral therapy among persons Living with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 22, 965-975.
- Craig Phillips, J. & Patsdaughter, C. A. (2009). Transitioning into competent health and HIV care for Transgender persons. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 335-338. Recuperado de [http://www.janacnet.org/issues?issue_key=S1055-3290\(09\)X0004-X](http://www.janacnet.org/issues?issue_key=S1055-3290(09)X0004-X)
- Creswell, W. J. (2007). *Quality inquiry & Research design: choosing among five approaches*. (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2015). *Puerto Rico HIV/AIDS surveillance summary. Cumulative HIV/AIDS cases diagnosed as of June 30, 2015*. Puerto Rico: Sección Vigilancia de SIDA, División de Epidemiología del Estado Libre Asociado, Departamento de Salud de Puerto Rico.
- Department of Health and Human Services. (2011). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. 1-166.
- García de Olalla, P., Knobel, H., Carmona, A., Guelar, A., Lopez-Colomes, J. L., & Cayla, J. A. (2002). Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30, 105-110.
- Gatti, M. E., Jacobson, K. L., Gazmararian, J.A., Schmotzer, B., & Kripalani, S. (2009). Relationships between beliefs about medications and adherence. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 66(7), 657-664.
- Giberti, E. (2003). Transgéneros: síntesis y aperturas. En D. Mafia (Editora). *Sexualidades migrantes. Género y Transgénero* (pp. 31-58). Buenos Aires, Argentina: Feminaria Editora.
- Glynn, M. & Rhodes, P. (2005). *Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003*. National HIV Prevention Conference: Atlanta.
- Guzmán, M.B. (2014). Revolución transgénero: la comunidad trans lucha contra la marginación a través de una creciente exposición mediática y artística. *El Nuevo Día*, domingo, 21 de septiembre de 2014. Recuperado de <http://www.elnuevodia.com/noticias/locales/nota/revoluciontransgenero-1858741/>
- Herbst, J. H., Jacobs, E. D., Finlayson, T. J., McKleroy, V. S., Neumann, M. S., & Crepaz, N. (2008). Estimating HIV prevalence and risk behaviors of Transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS and Behavior*, 12, 1-17. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17694429>
- Hernández, F. M., Guardado, M. E., Paz Bailey, G. (2010). Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables (ECVC), subpoblación transgénero, transexual y travesti. San Salvador. Recuperado de: http://www.pasca.org/sites/default/files/ECVC_El_Salvador_trans_trav_2010_0.pdf
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Quinta Edición. MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A., DE C.V.: México
- Impacto. (2005). *Depresión*. Los Angeles, CA: AIDS Project Los Angeles.
- Johnson, M. O., Catz, S., Remien, R., Rotheram Borus, M., Morin, S., Charlebois, E., & The NIMH Healthy Living Project Team (2003). Theory guided, empirically supported avenues for intervention on HIV medication nonadherence: Findings from the Healthy Living Project. *AIDS Patient Care & STDs*, 17, 645-656.
- Kemppainen, J., Kin-Godwin, Y. S., Reynolds, N. R., & Spencer, V. S. (2008). Beliefs about HIV disease and medication adherence in person living with HIV/AIDS in rural southeastern North Carolina. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(2), 127-136.
- Knobel, H., Alonso, J., Casado, J. L., Collazos, J., González, J., Ruiz, I., Kindelan, J. M., Carmona, A.; GEEMA



- Study Group. (2002). Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA study. *AIDS*, 16(4), 605-6013.
- Lafaurie, M. M., Forero, A. E. & Miranda, R. J. (2011). Narrativas de travestis sobre su vivencia con el VIH/SIDA. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29, 353-362.
- Leserman, J., Ironson, G., O'Cleirigh, C. Fordoani, J. M., & Balbin, E. (2008). Stressful live events and adherence in HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 22, 403-411.
- Levensky, E. R. & O'Donohue, E. R. (2006). Patient Adherence and nonadherence to treatments: an overview for health care providers. In W. T. O'Donohue & E. R. Levensky (Eds.), *Promoting treatment adherence: a practical handbook for health care providers*. California: SAGE Publications.
- Limkulpong, W., Tulathong, S., Fennie, K. P. & Williams, A. B. (2006). Adherence to Antiretroviral Medication Among HIV-Positive Patients in Thailand. *Journals of Acquired Immune Deficiency Syndromes*; 43, 119-122
- Malavé, S. M. & González, S. (2009). Experiencias de vida de Transgéneros/Transexuales (masculino – femenino) puertorriqueños. *Ciencias de la Conducta*, 24, 97-120.
- Moreno, E. & Roales Nieto, J. G. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109.
- Negrón Chaves, E. B. (2002). *Factores que afectan el cumplimiento con los medicamentos antirretrovirales en un grupo de pacientes de VIH/SIDA*. Disertación doctoral no publicada. Carlos Albizu Universidad, San Juan, Puerto Rico.
- New York State Department of Health AIDS Institute. (2012). *HIV Clinical Guidelines: Care of the HIV-Infected Transgender Patient*. (2012). Medscape HIV/AIDS: NYS Department of Health AIDS Institute. Recuperado de <http://www.hivguideline.org/wp-content/uploads/care-of-the-hiv-infected-Transgender-patient-posted-01-25-2012.pdf>
- Nieves Lugo, K. (2011). *Para toda la vida: modelo de creencias de salud y adherencia al tratamiento para el VIH*. Disertación no publicada presentada al Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., and Becker, J. (2009). Lifetime risk factors for HIV/sexually Transmitted infections among male-to-female Transgender persons. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 52, 417-421.
- Operario, D. & Nemoto, T. (2010). HIV in Transgender communities: syndemic dynamics and a need for multicomponent interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55, S91-S93. Recuperado de www.jaids.com. HIV_in_Transgender_Communities_Syndemic_Dynamics. 8[1].pdf
- Panel on antiretroviral guidelines for adults and adolescents. (2011). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. Department of Health and Human Services. 1-166. (Last updated March 27, 2012; last reviewed March 27, 2012). Recuperado de <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>.
- Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans (2012). *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas Trans en el Sistema Nacional del País*. Recuperado de: <http://www.stp2012.info>
- Remien, R. H., Hirky, A. E., Johnson, M. O., Weinhardt, L. S., Whittier, D., & Minh-Le, G. (2003). Adherence to medication treatment: a qualitative study of facilitators and barriers among a diverse sample of HIV + men and women in four U.S. cities. *AIDS and Behavior*, 7, 61-72.
- Rodríguez Gómez, J. R., Dávila Martínez, M. G. & Collazo Rodríguez, L. C. (2006). Factor Structure of the Beck Depression Inventory- Second Edition (BDI-II) with Puerto Rican Elderly. *Puerto Rico Health Sciences Journal* 25 (2), 127-132.
- Rodríguez Madera, S. (2009). *Género Trans: Transitando por las zonas grises*. (pp. 123- 145). Viejo San Juan, Puerto Rico: Terranova Editores

- Rodríguez Madera, S. & Toro Alfonso, J. (2005). *Gender as an obstacle in HIV/AIDS prevention: considerations for the development of HIV/AIDS prevention efforts for male-to-female Transgenders*. The Haworth Medical Press; 8, 113-122. The Haworth Press, Inc. Recuperado de <http://www.haworthpress.com/web/IJT>
- Safren, S. A., Hendriksen, E. S., Mayer, K. H., Mimiaga, M. J. & Otto, M. W. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for HIV medication adherence and depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 415-423.
- Sánchez, N. F., Sánchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health Care Utilization, Barriers to Care, and Hormone Usage Among Male-to-Female Transgender Persons in New York City. *Journal of Public Health, 99*, 713-719.
- Sánchez Viera, J. A. (2001). *Fundamentos del razonamiento estadístico*. (3ra. ed.). Universidad Carlos Albizu: San Juan, Puerto Rico
- Sausa, L. A., Sevelius, J., Keatley, J., Iñiguez, J. R., & Reyes, M. (2009). *Policy recommendations for inclusive data collection of Trans people in HIV prevention, care & services*. Center of Excellence for Transgender HIV Prevention: University of California, San Francisco. Recuperado de: www.Transhealth.ucsf.edu
- Sevelius, J. M., Carrico, A., and Johnson, M. O. (2010). Antiretroviral Therapy adherence among Transgender women living with HIV. *Journal Assoc Nurses AIDS Care, 21*, 256–264.
- Tabet, S., Sánchez, J., Lama, J., Goicochea, P., Campos, P., Rouillon, M., Cairo, J.L., Ueda, L., Watts, D., Celam, C., Colmes, K. K. (2002). HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. *AIDS, 16* (9), p. 1271.
- Tom Waddell Health Center Transgender Team. (2006). *Protocols for hormonal reassignment of gender*. Recuperado de <http://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/hlthctrs/TransGendprotocols122006.pdf>
- Toro Alfonso, J. (1995). Trabajo en promoción de salud en una comunidad de trabajadores sexuales en San Juan (Puerto Rico) y la prevención del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 13*, 55-70.
- Toro Alfonso, J. y Varas Díaz, N. (2004). *Exclusión e internalización del estigma en hombres que tienen sexo con hombres en la República Dominicana: implicaciones para la salud en América Latina y el Caribe*. Departamento de Psicología: Universidad de Puerto Rico y Escuela Graduada de Trabajo Social: Universidad de Puerto Rico.
- UNAIDS. (2006). *Report on the global AIDS epidemic*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Recuperado de http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp
- Universidad de Valle de Guatemala (2010a). Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables: Principales resultados en la población de hombres que tienen sexo con hombres y personas trans. Recuperado de: http://www.pasca.org/sites/default/files/resultados_ecvc_hsh_ni_09.pdf
- Universidad de Valle de Guatemala (2010b). Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS en poblaciones vulnerables: Principales resultados en la población travesti, transexual y transgénero. Recuperado de: http://www.pasca.org/sites/default/files/resultados_ecvc_trans_ni_09.pdf
- Van Dülmen, S., Sluijs, E., Van Dijk, L., de Ridder, D., Heerdink, R., & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: A review of reviews. *BMC Health Services Research, 7*, 55.
- Vayas Llera, M. L. (2010). *Factores biopsicosociales que afectan la adherencia a la terapia antirretroviral de alta potencia en pacientes VIH/SIDA adultos desde la perspectiva de los profesionales de la salud en Puerto Rico*. Disertación doctoral no publicada. Carlos Albizu Universidad, San Juan, Puerto Rico.
- Vázquez, E. (2008). *Transgender therapy and HIV: two complicated conditions rolled into one*. Recuperado de <http://www.thebody.com/content/whatis/art48406.html>
- Williamson, C. (2010). Providing care to Transgender persons: a clinical approach to primary care, hormones,



and HIV management. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21, 221-229.

Wilson, E. C., Garofalo, R., Harris, R. D., Herrick, A., Martinez, M., Martinez, J., & Belzer, M. (2009). The Transgender advisory committee and the adolescent medicine trials network for HIV/AIDS interventions. *AIDS and Behavior*, 13, 902 – 913.

Received: 05/03/2015

Accepted: 06/08/2016