

Factores psicosociales y la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con VIH usuarios de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología



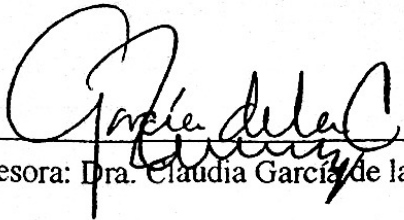
Factores psicosociales y la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con VIH usuarios de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt

Trabajo de investigación presentado por Cristel María Castellanos Rodríguez
para optar al grado académico de Licenciada en Psicología


Guatemala

2013

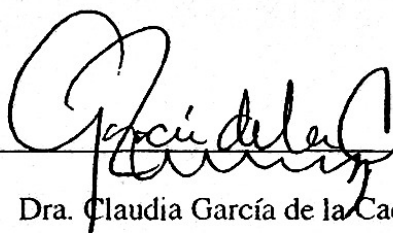
Vo. Bo. :

(f) 
Asesora: Dra. Claudia García de la Cadena

Tribunal Examinador:

(f) 
Licda. Ana Gabriela Guzmán

(f) 
MSc. Pablo Barrientos

(f) 
Dra. Claudia García de la Cadena

Fecha de aprobación: Guatemala, 11 de junio de 2013.

*Para mi familia que siempre ha estado y estará
presente en mi vida.*

ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. ANTECEDENTES CONCEPTUALES	3
1.1.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).....	3
1.1.2. Sistema inmunológico.....	5
1.1.3. VIH/SIDA en Guatemala..	8
1.1.4. Salud mental y el VIH.....	9
1.1.5. Tratamiento antirretrovirales de gran actividad (TARGA).....	17
1.1.6. Protocolo para el tratamiento antirretroviral	20
1.1.7. La adherencia al TARGA..	26
1.1.8. Dimensiones que influyen en la adherencia.	31
1.1.9. Relación de las dimensiones y la no adherencia.	39
1.2. METODOLOGÍA	42
1.2.1. Hipótesis de investigación.	42
1.2.2. Objetivos	43
1.2.2.1. Objetivo general:	43
1.2.2.2. Objetivos específicos:	43
1.2.3. Participantes.....	43
1.2.4. Tipo de estudio.	44
1.2.5. Diseño.	44
1.2.6. Instrumentos.	45
1.2.7. Consideraciones éticas en el trabajo de campo.....	46
1.2.8. Procedimiento.	47
1.2.9. Análisis estadístico..	48
II. RESULTADOS	50
III. DISCUSIÓN	61
IV. CONCLUSIONES	68
V. RECOMENDACIONES	70
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
VII. APÉNDICE	81

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1.1. Categorías según la familia de los medicamentos antirretrovirales.....	18
1.2. Efectos adversos de los medicamento antirretrovirales.....	19
1.3. Clasificación de los resultados del recuento de CD4	20
1.4. Clasificación de la infección por VIH en categorías	21
1.5. Esquema de la primera línea de tratamiento antirretroviral	22
1.6. Esquema de segunda línea	25

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Frecuencias y porcentaje del nivel de escolaridad y educación actual.....	51
2. Frecuencia y porcentaje de la estabilidad laboral de los participantes.	52
3. Relación entre la falta de adherencia y los factores psicosociales	53
4. Relación entre la falta de adherencia y el comportamiento sexual.....	54
5. Relación entre la falta de adherencia y los factores del conocimiento de la enfermedad	55
6. Relación entre la falta de adherencia y los factores relacionado con el tratamiento	57
7. Relación entre la falta de adherencia y los factores relacionado con el equipo de salud.....	58
8. Relación entre la falta de adherencia y los factores sociales que influyen al paciente	59
9. Correlación entre las dimensiones que afecta la adherencia	61

RESUMEN

En la actualidad el VIH/SIDA sigue siendo una enfermedad crónica de la cual aún no se ha encontrado cura, sin embargo el desarrollo de medicamentos que conforman los tratamientos antirretrovirales han logrado reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida del paciente. La adherencia a los tratamientos antirretroviral consiste en el apego a las indicaciones médicas. Se han propuesto cinco dimensiones que engloban factores que influyen en la toma correcta del tratamiento - (1) Socioeconómicos, (2) Relación con el equipo médico, (3) Relación con la enfermedad, (4) Relación con el tratamiento, (5) con el paciente-. El propósito de esta investigación fue conocer los factores más frecuentes relacionado con cada dimensión en personas que viven con VIH. La atención integral al paciente con VIH ha sido una prioridad debido a los altos costos de los antiretrovirales por lo que conocer los factores asociados a la no adherencia en población guatemalteca nos permitirá ofrecer mejores servicios de atención integral.

En el estudio participaron de forma voluntaria y firmando un consentimiento informado 40 pacientes no adherentes a los que se les administraron dos instrumentos que incluyeron una hoja de información demográfica e información de su carga viral obtenida de su expediente. Los resultados obtenidos de la población estudiada evidenciaron que: (1) los factores psicosociales, el 75% de los participantes pertenece a un Nivel Marginal (E) y Nivel del interior del país; (2) los factores relacionados con la enfermedad demuestran que la significancia de la orientación sexual ($p = 0.07$) es menor a Alfa (0.10), y el 40% desconoce la diferencia entre VIH y SIDA; (3) factores relacionados con el tratamiento, el 72% olvida tomar el medicamento según la prescripción médica; (4) factores relacionados con el personal de la clínica, 91% manifiesta estar satisfecho con la interacción con el equipo médico; (5) factores relacionado con el paciente, las intenciones de adherirse al tratamiento ($p=0.03$) mostró una significancia menor que Alfa (0.10).

Se puede concluir que la pobreza y la falta de educación son los factores psicosociales más frecuentes, asociados al desconocimiento de la enfermedad, desconocen los beneficios del tratamiento y no siguen las prescripciones médicas; otro de los hallazgos evidenció que los pacientes que participaron en el estudio consideran al VIH como una enfermedad no tan severa y por lo tanto la importancia de la toma de antirretroviral es minimizada. La relación

con el equipo médico es buena a pesar que se encontró que los médicos utilizan un lenguaje poco comprensible para ellos; por lo tanto es necesario seguir trabajando no sólo en el conocimiento de la enfermedad sino en factores motivacionales extrínsecos e intrínsecos que pueden estar asociado con la enfermedad y la toma de medicamentos.

I. INTRODUCCIÓN

El aumento de los pacientes con enfermedades crónicas como el VIH se ha convertido un reto para los hospitales nacionales y el sector de salud pública de Guatemala, debido a la dificultad que representa la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA).

La investigación ha demostrado que existen factores psicosociales que afectan de forma positiva o negativa la adherencia al TARGA; identificar estos factores a tiempo podría consolidarse como una estrategia efectiva para brindar un mejor servicio de salud a los pacientes que sufren de enfermedades como el VIH, lo cual contribuiría a mejorar la calidad de vida del paciente y sería un aporte valioso para el control de la enfermedad.

Partiendo de los argumentos anteriores, el presente trabajo tiene como objetivo identificar los factores psicosociales más frecuentes que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes guatemaltecos con VIH en el Hospital Roosevelt, el cual es uno de los hospitales de mayor referencia nacional. La experiencia adquirida durante las prácticas profesionales supervisadas realizadas en dicho hospital, me permitió darme cuenta de la ausencia de un mecanismo que permita identificar los factores psicosociales (socioeconómico, relación con el personal, con la enfermedad, con el tratamiento y el paciente) ya que de manera temprana, influye en el abandono del tratamiento; ocasionando problemas que afectan la calidad de vida de los pacientes y representan un problema costo-efectivo en el tratamiento que se ofrecen a los demás

pacientes. El conocer dichos factores es importante, considerando que la adherencia depende tanto del cumplimiento del paciente como del ambiente que lo rodea.

Esta investigación se llevó a cabo en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, la cual ofrece servicios aproximadamente a 5,000 pacientes infectados con VIH, de los cuales 300 pacientes están recibiendo tratamiento de rescate, es decir que abandonaron el tratamiento e iniciaron el tratamiento de segunda línea. La población con la que se trabajó incluyó aquellos pacientes infectados con VIH clasificados como “rescate” según parámetros establecidos por la unidad de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, que estén recibiendo tratamiento antirretroviral.

1.1. ANTECEDENTES CONCEPTUALES

1.1.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), pertenece a una familia de virus que fueron previamente conocidos por causar daño a los animales y se denominaron *retrovirus* por la manera particular de duplicarse; no fue sino hasta la década de los ochenta que se demostraron sus efectos en los seres humanos. Este virus está compuesto de materiales que incluyen lípidos (grasas), proteínas, y algunas proteínas unidas a azúcares (glicoproteína), algunos de estos elementos son tomados de las células infectadas de los seres humanos y los otros le corresponden al propio virus (Arias Tapia, Estrada Guzmán, Gómez Bastidas, Lattuada López & Soria Rodríguez, 2003).

El virus se contagia por medio de tres vías de transmisión: 1) Relaciones sexuales, esta es la vía con mayor riesgo de infección, implica el coito vaginal y anal, y en menor proporción el sexo oral desprotegido (Vega & Lacoste, 1995). 2) El contacto con sangre infectada por vía sanguínea o parenteral, que ocurre por transfusiones de sangre, inseminaciones artificiales, hemodiálisis, trasplantes, inyecciones intramusculares e intravenosas, así como, el contacto con instrumentos con sangre infectada por el VIH (García, Noguera & Cowgill, 2004; ONUSIDA, 2004); esto también incluye a los usuarios de drogas intravenosas, asociadas al hábito de compartir jeringas o agujas. (Blanco, *et al.*, 2000). En la actualidad la posible infección por donación o transfusión de sangre es casi nula, ya que se han establecido normas para evaluar y tamizar unidades sanguíneas previo a la transfusión (Arana, 2006: 2).

Es importante mencionar que la infección por compartir jeringas depende de la cultura; Sandoval (2011) menciona que en el último informe realizado por la Secretaría Contra las Adicciones y el Tráfico Ilícito de Drogas (SECCATID), la droga más utilizada en Guatemala es la marihuana y en segundo lugar está el consumo de algún tipo de solvente. Siendo entonces para Guatemala el mayor riesgo de infección la vía sexual y vertical y en menor grado la infección por vía intravenosa

Por último, 3) la transmisión de madre a hijo o transmisión vertical, la infección ocurre durante la gestación (líquido amniótico y los tejidos embrionarios y fetales), durante el parto o durante la lactancia materna (Del Río & Curran, 2002).

UNICEF (2009) reportó que en América Central el virus se propaga principalmente por vía sexual entre poblaciones en alto mayor riesgo -PEMAR- poblaciones de alto riesgo, como: las trabajadoras sexuales y hombres teniendo sexo con hombres. Marcovici (2002) agrega que muchos de los hombres que tienen sexo con hombres también lo tienen con mujeres y puede así transmitir el VIH a su pareja o amigos.

De acuerdo con Gantell, *et al* (2000) y Pelechano (2008), la evolución del virus en el organismo tiene tres fases básicas: aguda o primoinfección, intermedia o crónica y fase final o etapa SIDA.

La *fase aguda o primoinfección* se inicia desde el momento en que se da la infección por el VIH, entrando en la ventana inmunológica que dura entre cuatro y 12 semanas en las cuales la detección de anticuerpos es imposible debido a los elevados niveles de antígenos en el ser humano infectado. Pasados los tres meses la detección de anticuerpos se realiza y se diagnostica la presencia del VIH en el individuo. La mayor parte

de las personas se mantienen sanas durante este tiempo, aunque puede sufrir alguna infección.

Su evolución depende de la cantidad de virus en la persona diagnosticada, del tipo de VIH y la capacidad inmunológica de cada persona. La infección se concentra principalmente en los tejidos, órganos y en el sistema nervioso central. Se inicia la producción de anticuerpos y va desapareciendo el antígeno p24, disminuyen los virus circulares y las células CD4 que han sido infectadas.

Fase intermedia o crónica dura entre 3 y 7 años dependiendo del tipo de VIH que se tenga, las personas pueden parecer totalmente sanas durante este tiempo. Esta etapa es mucho más rápida cuando se han presentado síntomas en la etapa aguda o cuando la carga viral es alta y están bajos las células CD4.

En la *fase de crisis o etapa SIDA*, hay un incremento de la replicación viral, y el sistema inmunológico se encuentra más deteriorado, teniendo en cuenta la alta carga viral y el bajo nivel de las células CD4. En esta etapa la efectividad de los tratamientos antirretrovirales es baja por el avance de la infección; el promedio de sobrevivir después del diagnóstico de SIDA varía en función del episodio inicial, del mecanismo de transmisión y la cantidad de células CD4; esta fase puede tener una duración entre uno o tres años aproximadamente hasta llegar a la muerte.

Es probable que muchas personas infectadas no presenten manifestaciones clínicas de la infección por VIH durante años. Aún en ausencia de tratamiento antirretroviral, este período de latencia clínica puede durar de 8 a 10 años o más.

1.1.2. Sistema inmunológico. Luego que el virus ingresa al cuerpo , empieza a atacar las células del sistema inmune, impidiéndoles funcionar apropiadamente, provocando que el ser humano sea susceptible a infecciones repetidas hasta generar el SIDA. El sistema inmunológico se encarga de identificar sustancias o microbios extraños al organismo y desplegar una respuesta ante los mismos para neutralizarlos o degradarlos, éste sistema genera anticuerpos y estimula las células especializadas que destruyen los microbios o neutraliza los productos tóxicos (Arias Tapia, *et al.*, 2003).

1.1.2.1. Análisis de células CD4 y carga viral. Para poder diagnosticar a una persona con VIH se realizan pruebas de detección, rastreo o tamizaje, luego de obtener el diagnóstico positivo de VIH se realizan las pruebas pronósticas, en las que se analiza la carga viral y el conteo de CD4, estas permiten evaluar el estado de la infección de una persona seropositiva, y conocer la evolución de la infección con y sin tratamiento antirretroviral (Arias Tapia, *et al.*, 2003; Ruiz, Paredes & Clotet, 2001).

- Las células CD4 son un tipo específicos de células blancas (glóbulos blancos) que pertenecen a la familia de linfocitos T, las cuales juegan un papel muy importante en el sistema inmune ya que nos defienden de las infecciones, coordinan otras actividades de defensa y producen anticuerpos. Cuando el VIH entra en el cuerpo, infecta principalmente a las células CD4; el virus toma el control de la célula dejándola sin funcionamiento, y así poder replicarse. Con el tiempo la cantidad de células CD4 con buen funcionamiento empieza a disminuir volviéndose difícil volver a los valores normales (Leibovich, 2008).

Las CD4 proporcionan información acerca de la salud del sistema inmunológico, es decir del funcionamiento y de cómo están defendiendo al cuerpo del VIH, también se utilizan como indicadores de cuándo iniciar el tratamiento antirretroviral y para tratar infecciones oportunistas. Los resultados del recuento de CD4 se presenta en números, aunque pueden existir pequeñas variaciones entre los laboratorios, el rango de valores normales se encuentra entre las 500 a 1600 células/mm³; la persona que tiene 200 CD4 o menos significa que el sistema inmunológico esta muy debilitado y es indicación del desarrollo de SIDA (Leibovich, 2008).

Las personas que mantienen CD4 mayores a 500 células/mm³ deben llevar un control del recuento de CD4 cada tres a cuatro meses. En caso que el paciente presente recuento de células por debajo de 300 células/mm³ se mide una vez cada 15 días o al mes.

- Carga viral (CV), es la cantidad de virus en una muestra de sangre (número de copias por ml de sangre o c/ml). El objetivo de los métodos (PCR, DNA y NASBA) es medir la cantidad de virus que hay en el organismo y así poder controlar el manejo de la terapia antirretroviral. Medir la carga viral, o cantidad de VIH en la sangre, permite pronosticar la fase de la infección; después de determinar el fallo virológico se indica si es necesario iniciar con el tratamiento antirretroviral, informa sobre la forma en que el paciente esta respondiendo al tratamiento antirretroviral y valora posibilidades de contraer nuevas infecciones (Leibovich, 2008).

Las personas con VIH pueden tener cargas virales que oscilan entre 1000 c/ml de sangre y 1 millón de c/ml. Se considera una carga viral alta cuando el paciente tiene más de

30,000 a 60,000 c/ml, una carga viral baja menos de 50,000 c/ml, o indetectable cuando hay menos de 20 c/ml (Cervantes, 2007; Leibovich, 2008).

1.1.3. VIH/SIDA en Guatemala. En la actualidad el VIH/SIDA se ha difundido a nivel mundial comportándose como una epidemia que afecta de igual forma a hombres como mujeres. Día a día aumenta el número de personas infectada con VIH/SIDA (Núñez, Aguilar & Fernández, 2001), siendo esta una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. En 2011, se registraron 1,4 millones de personas que vivían con el VIH en América Latina, de los cuales 40,000 eran niños (ONUSIDA, 2011).

El sistema de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública registró y reportó el primer caso de SIDA en Guatemala en junio de 1984, un hombre de 28 años de edad, guatemalteco proveniente de los Estados Unidos. En abril y julio de 1986 se reportaron los primeros dos casos en mujeres guatemaltecas de 34 y 31 años, refiriendo haber recibido transfusiones sanguíneas. En diciembre de 2000, el Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual (PNS) del Ministerio de Salud de Guatemala notificó oficialmente cerca de 4,000 casos de SIDA. La proporción por sexo de las personas reportadas es por cada tres hombres infectados, hay una mujer infectada; más del 60% en edades entre 19 y 35 años (Núñez, Aguilar & Fernández, 2001: 9).

Un total de 26.978 personas viven con VIH en Guatemala, según las últimas estadísticas publicadas en junio de 2012 por el Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El 56% de los casos son masculinos y el 44% femeninos. Los grupos de edad más afectados se encuentran entre los 25-29 años con un 21%, sin embargo entre 20 a 39 años encontramos el 58% del total de casos. En relación

a la vía de transmisión: el 91% corresponden a vía sexual, le sigue el 7% la transmisión madre-hijo. Cada año se registran entre 3 mil y 5 mil casos nuevos (España, 2012; García, 2012: 2).

1.1.4. Salud mental y el VIH. Las respuestas emocionales ante enfermedades crónicas como el VIH/SIDA al recibir el diagnóstico de infección por VIH ocasiona profundos cambios psicológicos y sociales que requieren apoyo al paciente y acompañamiento de la familia. La reacción dependerá de diferentes factores como: la estructura de la personalidad, modo de contagio, fase en la que se encuentra la enfermedad, y el grado de apoyo psicológico y social (Arias Tapia, *et al*, 2003), el estilo de afrontamiento y resolución de conflictos, el apoyo y estilo de vida asociado a la transmisión (Ho, Evans & Douglas, 2002).

Para poder diagnosticar a una persona como “infectada” o “seropositiva” (el virus está presente en el organismo, pero no presenta manifestaciones clínicas), se utilizan las pruebas de detección, rastreo o tamizaje, o pruebas rápidas estos procedimientos ayudan a confirmar la presencia del VIH en el organismo (Arias Tapia, *et al.*, 2003).

El diagnóstico de VIH genera crisis en la persona, es decir se manifiesta un estado de confusión y desconcierto, acompañado de reacciones físicas, como nerviosismo generalizado, tartamudeo, silencio, llanto, temblor, shock, emociones intensas, etc (Montenegro, 2011). Por lo tanto el personal de salud que se encargue de dar los resultados debe tener un amplio conocimiento en la infección de VIH, así como, habilidades en consejería, teniendo en cuenta el impacto psicológico que el diagnóstico puede generar.

Montenegro (2011), indica que es común que los pacientes no comprendan la realidad de lo que está sucediendo y las repercusiones que esto puede tener en sus vidas; por lo general, se encuentran pacientes negando su diagnóstico, diciendo que el mundo se ha terminado, creen que el tiempo está contado y no hay nada más que se pueda hacer; no muestran interés en ellos mismos, diciendo que nos les importa lo que les pase y exponiéndose a riesgos de reinfección del virus, hay poca comprensión, desconfianza de las personas que los rodean incluyendo al equipo médico, tienden a culpar a otros de su situación y evitan acercamiento con familiares y amigos.

Las enfermedades crónicas como el VIH afectan los aspectos de la vida del paciente, éste debe hacer varios cambios en sus actividades diarias. La persona encuentra que su forma habitual para afrontar los problemas ya no son efectivas. Si estos problemas asociados con la enfermedad crónica no son afrontados adecuadamente, el resultado puede ser una exageración de síntomas, esfuerzos indiscriminados por afrontar la situación, actitudes cada vez más neuróticas y el empeoramiento de la salud (Cheng, Hiu & Lam, 1999; Drossman, et al, 2000; Epker & Gatchel, 2000).

Knobel, H., Polo, R., & Escobar, I. (2008), señalan que un mal manejo de los problemas emocionales puede ser una de las causas de la falta de adherencia al tratamiento ya que los paciente dicen no sentirse enfermos y manifiestan cuidados inadecuados de salud.

Muchos pacientes al recibir el diagnóstico entran en un proceso de duelo, iniciando en la fase de negación como mecanismo de defensa, las personas evitan las implicaciones que surgen por la enfermedad. Los pacientes actúan como que si la enfermedad no fuese

severa, como si en poco tiempo fuese a desaparecer o como si tuviese pocas implicaciones a largo plazo. Sin embargo la negación puede servir como una función protectora, ya que permite que el paciente no tenga que enfrentarse desde el primer momento, a todos y cada uno de los problemas que generará la enfermedad, también puede enmascarar el miedo asociado con los padecimientos crónicos hasta que el paciente se haya acostumbrado al diagnóstico y esté en mejores condiciones de enfrentarse a la realidad de las restricciones que acompañan la enfermedad y el tratamiento (Shelley, 2007).

Según Shelley (2007), la negación puede tener efectos negativos en el paciente, ya que interfiere con la habilidad de recibir la información necesaria la cual será parte de su tratamiento. El paciente debe estar activamente involucrado con el régimen utilizado, es decir, que debe ser capaz de evaluar sus actividades en forma realista, cumplir con sus medicaciones y asumir cambio en su estilo de vida.

Por tanto, la negación puede ser útil para ayudar a los pacientes a controlar sus reacciones emocionales a la enfermedad pero puede interferir ya sea en el monitoreo de sus condiciones o en la toma de iniciativa para buscar tratamiento o para seguirlo, sobre todo cuando se debe actuar de manera responsable en el manejo de la enfermedad y autocuidado (Shelley, 2007).

Pelechano (2008: 194) indica que en pacientes infectados resulta común la ansiedad y la depresión. Los datos sugieren que uno de cada cinco enfermos con VIH en el comienzo de la enfermedad presentan ansiedad generalizada y esta frecuencia se incrementa hasta una tercera parte a medida que la enfermedad progresa; se ha detectado que un 15% de los casos presentan depresión aunque sigue siendo controversial la relación entre depresión y

suicidios en la población con VIH, ya que la causa de depresión puede ser la propia acción del virus, ciertos determinantes ambientales o una combinación de ambos, así como, síntomas de desmoralización, problemas de sueño, incremento en el uso de fármacos sedantes y analgésicos, demandas de servicios psicológicos e incremento en el uso de antálgicos (medicamentos para calmar el dolor).

La mayoría de los pacientes se abruma ante los cambios potenciales en sus vidas y, en algunos casos, por la posibilidad de la muerte. La ansiedad se encuentra presente cuando las personas esperan cambios sustanciales en su estilo de vida como resultado de una enfermedad o del tratamiento, y cuando les hace falta información acerca de la naturaleza de la enfermedad y del tratamiento. Los pacientes ansiosos tienen menos posibilidad de afrontar de manera efectiva los tratamientos. Por lo tanto, es necesario identificar a través de evaluaciones los síntomas de ansiedad implicaciones de la enfermedad a futuro (Shelley, 2007).

La depresión es una reacción común ante las enfermedades crónicas, aumenta el riesgo de mortalidad porque complica la adherencia al tratamiento y la toma de decisiones en el manejo médico (Anstey & Luszcz, 2002). La depresión es, en algunos casos, una reacción retardada ante la enfermedad crónica ya que generalmente toma tiempo a los paciente comprender las implicaciones de su condición (Shelley, 2007).

La depresión ha sido relacionada con el suicidio; la ONUSIDA en Guatemala reportó mediante estadísticas que el 14% de la población infectada con VIH tienen una conducta suicida, el 42% siente vergüenza por su condición y consideran que son

rechazados por la sociedad, el 3.8% revela que sufre de estigmatización, el 10% violencia verbal y 18% ha perdido su empleo a causa de la enfermedad (Bin, 2012).

Las respuestas a las enfermedades crónicas también depende del concepto que tiene el paciente de sí mismo. El autoconcepto es un conjunto más o menos permanente de creencias acerca de las cualidades y atributos de la persona. La autoestima se refiere a la evaluación general del autoconcepto, los sentimientos positivos o negativos de las cualidades y atributos personales. Una enfermedad crónica puede generar cambios drásticos en el autoconcepto y la autoestima, las cuales pueden ser temporales o permanentes (Shelley, 2007).

Como se ha mencionado en los párrafos anteriores el VIH/SIDA crea diversos problemas físicos y psicológicos. Shelley (2007) señala que los principales retos psicológicos con que se encuentran las personas que tienen VIH/SIDA, son: lidiar con la posibilidad de una vida más breve, lidiar con las reacciones negativas de los demás y desarrollar estrategias para conservar la salud física y emocional. Para auxiliarlos en estos retos se han desarrollado diversas intervenciones, las cuales pueden reducir el estrés, amortiguar las consecuencias psicológicas e inmunológicas y mejorar la posibilidad de seguimiento de las infecciones oportunistas; por lo tanto, una mayor estabilidad psicológica puede retardar el progreso del virus del VIH, contribuyendo así a mejorar su salud.

El objetivo del psicólogo en el abordaje integral de la enfermedad de VIH es orientar al paciente en los problemas emocionales, colaborar con la redefinición de un proyecto de vida, metas, objetivos, adecuando procesos de adaptación a la enfermedad, desde el momento inicial del diagnóstico y durante el tratamiento antirretroviral, así como,

proporcionar herramientas para el manejo de los efectos adversos de los medicamentos e informar sobre las repercusiones de la adherencia en la calidad de vida, la reincorporación de los hábitos de salud, las relaciones familiares y el entorno, todos estos factores que afectan la calidad de vida pueden causar dificultad en la adherencia (Knobel, H., Polo, R., & Escobar, I., 2008).

Montenegro (2011), menciona que el objetivo de las intervenciones es evitar que la persona que vive con VIH se mantenga en estado de crisis. El terapeuta le brinda la oportunidad de aflorar las emociones, dudas y temores. Luego de superar el estado de crisis, el paciente aumenta la capacidad de aprendizaje de respuestas que le permiten hacer frente a los problemas. Shelley (2007) puntualiza que estas intervenciones deben ser integrales, es decir, tratamiento farmacológico, terapia individual, terapia psicológica breve orientada a resolver crisis o a proveer información, relajación, ejercicios físico y grupos de apoyo.

Los esfuerzos por prevenir VIH no han mostrado los resultados esperados, UNICEF (2009) informa que es posible lograr cambios de gran alcance en las normas y prácticas sociales, si se cuenta con liderazgo político, participación por parte de la comunidad, dirección de programas y solidaridad internacional. No obstante, la desigualdad entre sexos, el estigma y la discriminación debilitan los esfuerzos por frenar el avance de la propagación del virus en el país.

Guatemala actualmente realiza programas y campañas de prevención orientadas a brindar información a la población general y en mayor riesgo, sobre modos de transmisión, promover la fidelidad de la pareja y el retraso en el inicio de las relaciones sexuales (Morales, *et al*, 2011). Existen normas culturales que incluyen prácticas, creencias y leyes

que estigmatizan y restan poder a ciertas poblaciones, limitan su capacidad para acceder o usar los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo (ONUSIDA, 2003).

El género es uno de los factores socioculturales que determina el estatus y roles específicos del hombre y la mujer, cada cultura se encarga de hacer cumplir las normas y creencias sobre los roles tradicionales de los hombres y las mujeres. Esto determina hasta qué punto los hombres y las mujeres pueden controlar los distintos aspectos de sus vidas sexuales como, negociar el momento de las relaciones sexuales o el uso de preservativo (Marcovici, 2002).

Morales, *et al* (2011) menciona que el género crea un desequilibrio de poder entre hombres y mujeres que da como resultado un acceso desigual a la información, recursos y servicios de VIH. La vulnerabilidad al VIH también está influenciada por la sexualidad; las minorías sexuales están compuestas por personas cuya sexualidad y comportamiento y/o prácticas sexuales no se ajustan a los que es considerado socialmente aceptable. Eso incluye hombres teniendo sexo con hombre, hombres bisexuales, lesbianas, mujeres bisexuales, personas transgénero y transexuales. Estas poblaciones están altamente estigmatizadas y viven en entornos de marginación, inequidad, discriminación, criminalización, opresión y violencia, lo que aumenta su vulnerabilidad al VIH.

Otro de los factores es el estado civil, porque influye en la toma de decisiones sexuales y aumenta la vulnerabilidad a la transmisión del VIH. La tendencia de los datos sobre las nuevas infecciones por el VIH sugiere que la incidencia del VIH está aumentando entre mujeres y niñas casadas, esto por las relaciones heterosexuales sin protección y poco seguras. El matrimonio aumenta el riesgo de la infección de VIH por la exposición sexual

sin protección, la infidelidad y falta de confianza para el uso de anticonceptivos como los condones; el desequilibrio del poder en las relaciones de género han creado un aumento en la inhabilidad de las mujeres de negociar sexo más seguro con sus parejas. (Morales, *et al*, 2011).

Guatemala presenta una tasa de analfabetismo de 30.9% en la población mayor de 15 años de edad (Meihack, *et al*, 2011: 16); las normas de género restringen el acceso de las mujeres al entrenamiento educacional y vocacional, así como la división sexual de labores que coloca a las mujeres en un estatus laboral inferior, aumentan su vulnerabilidad al VIH, y también limita su habilidad de negociar sexo seguro (Pharr, 2008).

La religión y las creencias religiosas forman las bases de la vida comunitaria en la mayoría de las sociedades, consagra las directrices éticas de la vida, y orientan las creencias y normas que rodean a la sexualidad, prohíben el sexo antes del matrimonio, los anticonceptivos incluyendo el uso de condones y la homosexualidad. Algunas también consagran un rol sumiso de la mujer, alimentan la desigualdad de género en las relaciones matrimoniales y promueven la ignorancia de las mujeres en temas sexuales como un símbolo de pureza; todo lo anterior aumenta la vulnerabilidad a la infección del VIH. El concepto religioso de la sexualidad que enfatiza la virginidad, ha llevado a aumentar su vulnerabilidad al VIH (ONUSIDA, 2003).

1.1.5. Tratamiento antirretrovirales de gran actividad (TARGA). Actualmente no es posible erradicar el VIH con los tratamientos antirretrovirales actuales. El objetivo del TARGA es reducir la mortalidad, hospitalizaciones, incidencias de infecciones

oportunistas, uso de servicio de salud y mejorar la calidad de vida (Alcántara, 2008). El TARGA ayuda a reducir la carga viral (número de células infectadas por VIH), preservando la respuesta inmune específica para el VIH (Reyes-Terán, 2005), es una combinación de medicamento antirretrovirales que mejora de forma sorprendente la salud de individuos con VIH, tanto es que así que en algunos pacientes la carga viral es indetectable (Shelley, 2007).

Los medicamentos antirretrovirales rompen con el mito del VIH/SIDA como sinónimo de muerte, dado que, de enfermedad terminal, pasa a convertirse en una enfermedad crónica con la cual es posible convivir. Pese a ello, el régimen de tratamiento, si bien ofrece esperanza real a las personas que sufren de este flagelo, también plantea la necesidad de asumir un compromiso personal ante las demandas de la terapia y a la vez revela la potencialidad individual para aprovechar de manera efectiva su vida (Ramírez, 2009).

1.1.5.1. Medicamento antirretrovirales. Existen seis grandes grupos de antirretrovirales que comprenden 29 productos comerciales (véase Figura 1.1) aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) de Estados Unidos de América para el tratamiento de la infección por VIH. Los médicos y el personal de salud que utilizan estos fármacos deben conocer sus características a profundidad (Quant, Espinoza & Espinoza, 2009). El beneficio del uso de los antirretrovirales disminuye la mortalidad asociada al SIDA, suprime la replica viral, incrementa el recuento de CD4, mejora la función inmune, retrasa la progresión clínica y prolonga el tiempo de sobrevida (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012).

Figura 1.1 Categorías según la familia de los medicamentos antirretrovirales

FAMILIA	MEDICAMENTOS
Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (AN)	<ul style="list-style-type: none"> • Abacavir (ABC) • Lamivudina (3TC) • Zidovudina (AZT) • Didanosina (ddl) • Emtricitabina (FTC) • Tenofovir (TDF) • Estavudina (d4T)
Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (NN)	<ul style="list-style-type: none"> • Efavirenz (EFV) • Nevirapina (NVP) • Etravirina (ETV)
Inhibidores de la proteasa	<ul style="list-style-type: none"> • Atazanavir (ATZ) • Fosamprenavir (FPV) • Indinavir (IDV) • Lopinavir + Ritonavir (LPV/r) • Nelfinavir (NFV) • Ritonavir (RTV) • Saquinavir (SQV) • Tipranavir (TPV) • Amprenavir (APV) • Darunavir (DRV)
Inhibidores de fusión (IF)	<ul style="list-style-type: none"> • Enfuvirtida (T-20)
Inhibidores del receptor CCR5	<ul style="list-style-type: none"> • Maraviroc (MRV)
Inhibidores de la integrasa	<ul style="list-style-type: none"> • Raltegravir (RTV)

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2012). *Manual de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala*. (pp. 8) Recuperado de: <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Guatemala%202012.pdf>

1.1.5.2. Efectos adversos. Las reacciones adversas son respuestas nocivas y no intencionadas, que se producen con dosis que normalmente son utilizadas para la profilaxis (es la toma de antirretrovirales lo antes posible después de haber estado expuesto al VIH, para prevenir la infección), y tratamiento de una enfermedad o para la modificación de las funciones fisiológicas (Karch & Lasagna, 1977; Vargas, *et al.*, 2004).

Muchos fármacos utilizados en el paciente con infección por VIH, entre ellos los antirretrovirales, han sido relacionados con efectos adversos en el sistema nervioso central (véase Figura 1.2). A pesar de la cantidad de fármacos utilizados, estos son hallazgos aislados, observados en el contexto de ensayos clínicos en los que con frecuencia no se han descartado otras causas (American Psychiatric Association, 2006; Lumbreras & Rubio, 2004).

Figura 1.2 Efectos adversos de los medicamento antirretrovirales

Nombre del medicamento	Efectos adversos
Abacavir (ABC)	Letargo, astenia, insomnio.
Aciclovir	Alucinaciones visuales, despersonalización, labilidad afectiva, confusión, inserción del pensamiento, insomnio, hiperestesia, hiperacusia.
Anfotericina B	Delirio
B-Lactámicos	Confusión, paranoia, alucinaciones, manía.
Cicloserina	Psicosis, somnolencia, depresión, confusión, convulsiones.
Cotrimoxazol	Depresión, pérdida de apetito, insomnio, convulsiones, astenia, cefalea.
Efavirenz	Pesadillas, confusión, depresión, trastornos de concentración, insomnio, ansiedad, somnolencia, pensamiento anormales, amnesia, delirios, inestabilidad emocional, euforia, alucinaciones psicosis.
Estavudina	Cefalea, astenia, confusión, depresión, convulsiones, excitabilidad, ansiedad, manía, insomnio.
Foscarnet	Cefalea, irritabilidad, alucinaciones, confusión.
Interferón	Depresión, debilidad, cefalea, confusión.
Isoniacida	Depresión, agitación, alucinaciones, paranoia, amnesia, ansiedad.
Lamivudina	Insomnio, manía, cefalea.
Metrotexate	Encefalopatía.
Nevirapina	Ansiedad
Pentamidina	Confusión, ansiedad, labilidad, alucinaciones.
Procarbacina	Manía, anorexia, labilidad, alucinaciones.
Tenofovir	Astenia, cefaleas.
Quinolonas	Psicosis, delirio, ansiedad, insomnio, depresión, convulsiones.
Sulfonamidas	Psicosis, delirio, ansiedad, insomnio, depresión, convulsiones.
Tiabendazol	Alucinaciones
Vinblastina	Depresión, anorexia, cefalea.
Zalcitabina	Confusión, déficit de atención, somnolencia, astenia, depresión, cefalea.
Zidovudina	Malestar, astenia, insomnio, sueños vividos, inquietud, agitación, manía, alucinaciones auditivas, confusión, cefalea.

Fuente: American Psychiatric Association. (2006) *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2006*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
 Lumbreras C., & Rubio R. (2004) Fármacos antivíricos. En Lorenzo, P., Moreno, A., Leza, J.C., Lizasoán I y Moro. M.A. (Ed) *Velázquez. Farmacología Básica y Clínica* (17 edición) (pp 919 – 954) Madrid: Medica Panamericana

1.1.6. Protocolo para el tratamiento antirretroviral

1.1.6.1. Clasificación de la infección en categorías. Existe una clasificación de la infección por VIH, que se utiliza para analizar si el paciente debe iniciar el tratamiento antirretroviral. La clasificación esta basada en las condiciones clínicas que presentan los pacientes y el recuento de CD4 (véase Figura 1.3). El Ministerio de Salud de Guatemala, utiliza la tabla del CDC (Center for Disease Control), siendo las celdas sombreadas la representación del SIDA (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012)

Figura 1.3. Clasificación de los resultados del recuento de CD4

Categoría	Células CD4	Estadio clínico		
		A	B	C
1	> 500 mm ³	A1	B1	C1
2	200 / 499 mm ³	A2	B2	C2
3	< 200 mm ³	A3	B3	C3

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2012) *Manual de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala*. Recuperado de: <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Guatemala%202012.pdf>

Los pacientes se clasifican por: *Pacientes sintomáticos*, son todos aquellos que tienen un diagnóstico de VIH avanzado o SIDA establecido, independientemente de los niveles de CD4 y carga viral; y los *pacientes asintomáticos*, son aquellos que no presentan síntomas, pero los resultados del conteo de CD4 y carga viral indican que se recomienda iniciar tratamiento. Cuando el conteo de CD4 sea menor de 350 células/mm³, independientemente del valor de la carga viral y en aquellos pacientes con CD4 mayores de 350 células/mm³, con cargas virales mayores de 100,000 copias/ml podrá considerarse el inicio del tratamiento antirretroviral de común acuerdo con el paciente (Quant, Espinoza &

Espinoza, 2009). Los pacientes son clasificados por categorías (véase Figura 1.4), según los estadios clínicos o síntomas.

Figura 1.4. Clasificación de la infección por VIH según los estadios clínicos.

Categoría A	Categoría B	Categoría C
- Infección por VIH asintomática - Linfadenopatía generalizada persistente (LGP) (Nódulos en 2 ó más lugares extra inguinales, por lo menos de 1 cm de diámetro por 3 meses o más) - Enfermedad aguda (primaria) por VIH.	Condiciones sintomáticas no incluidas en la categoría A ni C y que: a. Son atribuidas a la infección por VIH o que indican un defecto en la inmunidad celular, o b. Tienen una evolución clínica o manejo específico por estar complicados por el VIH. Incluye pero no se limitan a: 1. Angiomatosis bacilar 2. Candidiasis vulvovaginal persistente (> 1 mes), con mala respuesta al tratamiento. 3. Candidiasis orofaríngea 4. Displasia cervical grave o carcinoma <i>in situ</i> 5. Síndrome constitucional, ejemplo, fiebre (38.5°C), o diarrea > de 1 mes 6. Leucoplaquia pilosa bucal 7. Herpes zoster (2 episodios distintos en más de un dermatoma) 8. Púrpura trombocitopénica idiopática 9. Listeriosis 10. Neuropatía periférica 11. Enfermedad pélvica inflamatoria complicada.	1. Candidiasis de tráquea, de bronquios o pulmonar 2. Candidiasis esofágica 3. Coccidioidomicosis extrapulmonar 4. Coccidioidomicosis generalizada 5. Cáncer cervical invasivo 6. Criptococosis extrapulmonar 7. Criptosporidiasis intestinal crónica (> 1 mes) 8. Enfermedad por Citomegalovirus (excepto hepática, esplénica o de ganglios linfáticos) 9. Herpes simplex con úlcera muco-cutánea (> 1 mes), o bronquitis, neumonitis o esofagitis 10. Encefalopatía por VIH 11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar 12. Isosporiasis intestinal crónica (> 1 mes) 13. Sarcoma de Kaposi 14. Linfoma de Burkitt, linfoma inmunoblástico, linfoma primario del cerebro 15. Mycobacterium avium o kansasii extrapulmonar 16. Mycobacterium tuberculosis pulmonar o extrapulmonar 17. Mycobacterium, otras especies, diseminadas o extra pulmonares 18. Neumonía por Pneumocystis jirovecii 19. Neumonía bacteriana recurrente (2 ó + episodios en 1 año) 20. Leucoencefalopatía multifocal progresiva 21. Septicemia por Salmonella recurrente 22. Toxoplasmosis cerebral 23. Síndrome de desgaste asociado al VIH

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2012) *Manual de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala*. (pp. 5) Recuperado de: <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Guatemala%202012.pdf>

1.1.6.2. Esquema de primera línea. En un trabajo realizado por Ramírez, (2009), acerca del protocolo terapéutico utilizado en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt de Guatemala, para iniciar el TARGA, señala que se inicia cuando el paciente tiene un conteo de CD4 menor o igual a 350 c/ml o bien presenta alguna enfermedad asociada al SIDA. El objetivo de iniciar el TARGA es cambiar

el curso natural de la infección de VIH, ya que el tratamiento incrementa el conteo de CD4, disminuye la carga viral a niveles indetectables, así como, el riesgo de adquirir infecciones oportunistas. El Ministerio de Salud Pública (2006: 13), de Guatemala, agrega que un paciente debe iniciar el tratamiento cuando este tenga CD4 entre 200 y 300 células/mm³, descenso de CD4 mayor del 30% en comparación al nivel basal, y que el paciente tenga presencia de síntomas asociados a la infección por VIH, como: el síndrome de desgaste que es la pérdida de peso (mayor de 10%), diarrea o fiebre (por más de un mes).

El primer esquema es conocido como, esquema de primera línea (véase Figura 1.5), esta seleccionado para garantizar una buena adherencia, simplificando, garantizando la biodisponibilidad y la estabilidad de la molécula (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012). Tomar correctamente el tratamiento desde un inicio aumenta el éxito en la adherencia a largo plazo (Vanegas, 2010).

Figura 1.5. Esquema de la primera línea de tratamiento antirretroviral

	A	+	B
Opción 1	Tenofovir 300mg + Emtricitabina 200mg c/24 hrs.	+	Efavirenz 600 mg c/24 hrs ó Nevirapina 200mg c/12 hrs*
En caso de contraindicación al esquema 1 evaluar:			
Opción 2	Zidovudina 300mg + Lamivudina 150mg c/12 hrs	+	Efavirenz 600 mg c/24 hrs ó Nevirapina 200mg c/12 hrs*
En caso de contraindicación a la opción 1 ó 2 utilizar			
Opción 3	Abacavir 300mg + Lamivudina 150mg c/12 hrs	+	Efavirenz 600 mg c/24 hrs ó Nevirapina 200mg c/12 hrs*

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2012) *Manual de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala*. (pp. 10). Recuperado de: <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Guatemala%202012.pdf>

1.1.6.3. Resistencia al tratamiento antirretroviral. El VIH es resistente a un medicamento cuando continúa multiplicándose a pesar que la persona está tomando los antirretrovirales. Los cambios o mutaciones en el virus causan la resistencia. El VIH muta casi todas las veces que produce nuevas copias de sí mismo. El VIH normalmente se vuelve resistente cuando no esta totalmente controlado por los medicamentos. La resistencia clínica normalmente aparece a través de un aumento en la carga viral, una caída en el conteo de células CD4 o una infección oportunista (Vanegas, 2010).

Eldred, Wu, Chaisson & Moore, (1998) mencionan que la causa más frecuente de desarrollo de resistencia a los medicamentos es que los pacientes olvidan dosis o toman los antirretrovirales de forma incorrecta (dosis bajas o no siguen las restricciones con los alimentos). Por lo que se considera importante tomar los medicamentos como se prescriben ya que el VIH muta rápidamente en ausencia de los medicamentos.

1.1.6.4. Fracaso en el tratamiento. La Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2008) menciona que la decisión sobre el momento de cambiar de tratamiento antirretroviral de primera línea a uno de segunda línea es crítica. Si la decisión se adopta demasiado temprano se pierden meses o años de eficacia de la terapia de primera línea; si se adopta demasiado tarde, se puede comprometer la eficacia de la terapia de segunda línea por emergencia de resistencia poniendo al paciente en un riesgo considerable de muerte.

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (2012) cuando se determina fracaso terapéutico al esquema de primera línea se debe considerar una segunda línea de tratamiento, siempre y cuando se tomen en consideración los siguientes aspectos:

- Descartar en cada visita problemas de dosificación, provisión, adherencia, interacciones farmacológicas y vacunaciones.
- Monitorear la carga viral al menos después de seis meses de iniciada la terapia, en caso que la carga viral continúe alta confirmar la falla virológica con una segunda determinación con cuatro semanas de diferencia.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2012: 12)

define a continuación los criterios de fracaso al tratamiento:

Fracaso clínico, se define cuando la enfermedad sigue progresando a pesar de recibir el tratamiento antirretroviral, aparición de nuevas enfermedades de la clasificación definitoria de SIDA.

Fracaso virológico, se define cuando la carga viral es mayor a 1000 copias/ml luego de seis meses de tratamiento antirretroviral o en casos de presentar carga viral indetectable presente un incremento en este valor comprobado en dos controles consecutivos no mayores de un mes de diferencia.

Fracaso inmunológico: es la caída progresiva del CD4 al nivel basal o inferior a pesar del tratamiento antirretroviral; o valores persistentes de CD4 inferiores a 100 células/mm³ bien; caída de CD4 a > del 50% del conteo previo.

Gutierrez (2008) menciona que es importante tomar en cuenta el síndrome de resistencia inmunológica, este conduce a una recrudescencia de infecciones que ya se encontraban en el huésped y que se ven exacerbados por la restauración del sistema inmune. Cuando el sistema inmune es reconstituido por el TARGA, las células CD4 realzan

tanto sus niveles cuantitativos como cualitativos y de repente un sin número de un sin número de microorganismos virulentos que pudieron haber estado en el organismo sin producir enfermedad clínica, se manifiestan.

1.1.6.5. Esquema de segunda línea. La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2007) recomienda que si el tratamiento fracasa, se debe cambiar todo el régimen. El nuevo régimen de segunda línea (véase Figura 1.6) debe comprender medicamentos que retengan la actividad contra el virus del paciente. En condiciones ideales debe incluir un mínimo de tres medicamentos, y al menos uno de ellos debe ser de una nueva clase con el fin de incrementar la posibilidad de éxito del tratamiento y minimizar el riesgo de resistencia.

Figura 1.6. Esquema de segunda línea

Opción de Tratamiento de Primera Línea	A	+	B
En caso de fallo a Opción 1	Abacavir 300 mg c/12 hrs + (***) Lamivudina 150mg c/12hrs	+	Lopinavir/ritonavir 400mg/100 mg c/12 hrs. ó Saquinavir/ ritonavir**1000mg/100mg c/12 hrs.
	Abacavir 300mg c/12 hrs + Didanosina 250mg o 400mg c/24 horas		
	Zidovudina 300mg c/12hrs + Didanosina 250mg o 400mg c/24 hrs		
ó			
En caso de fallo a Opción 2	Abacavir 300 mg c/12 hrs + (***) Lamivudina 150mg c/12hrs	+	Lopinavir/ritonavir 400mg/100 mg c/12 hrs. ó Saquinavir/ ritonavir**1000mg/100mg c/12 hrs.
	Abacavir 300mg c/12 hrs + Didanosina 250mg o 400mg c/24 horas		
ó			
En caso de fallo a Opción 3	*Didanosina 250 mg o 400 mg c/24 hrs + (***) Lamivudina 150mg c/12hrs	+	Lopinavir/ritonavir 400mg/100 mg c/12 hrs. ó Saquinavir/ ritonavir**1000mg/100mg c/12 hrs.
	Tenofovir 300mg c/24 hrs + (***) Lamivudina 150mg c/12hrs		
	Zidovudina 300mg c/12hrs + Didanosina 250mg o 400mg c/24 hrs		

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2012) *Manual de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala*. (pp. 13) Recuperado de: <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Guatemala%202012.pdf>

1.1.7. La adherencia al TARGA. La adherencia es el acto o cualidad de pegarse a un tratamiento con devoción. Tiene el objetivo de disminuir la velocidad de replicación y mutación del virus. El paciente debe alcanzar grados muy altos de adherencia para poder mejorar sus condiciones de salud y vida (Varela, Salazar & Correa, 2008; Estrada, 2002).

La adherencia depende de la colaboración y participación proactiva y voluntaria del paciente hacia su tratamiento, cumplir con la toma de antirretroviral según las prescripciones médicas, asistir a citas periódicas, realizarse los exámenes de control del virus, hacer ejercicios, alimentarse según las prescripciones médicas y nutricionales, manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente al sistema inmunológico (estrés, ansiedad y depresión) y adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH (Varela, Salazar & Correa, 2008; Ramírez, 2009).

Puente-Silva (1984) menciona que cuando hablamos de adherencia terapéutica, nos estamos refiriendo al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas. Martín y Grau (2004), citado en Villa y Vinancia, 2006, agrega que la adherencia terapéutica es un concepto completo que se define como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico.

La adherencia se considera un factor fuertemente asociado al éxito o fracaso del tratamiento del VIH/SIDA (Varela, Salazar & Correa, 2008), el paciente con falta de adherencia no sigue las conductas y recomendaciones que da el equipo de salud (DiMatteo, 2004); por lo que presenta mutaciones del VIH que son resistentes a los medicamentos que está tomando e incluso lo que aún no ha tomado esto por infectarse con sepas mutantes. Las

mutaciones pueden reducir las opciones de un cambio de tratamiento en caso que fuera necesario cambiar de régimen (Vanegas, 2010).

1.1.7.1. Aspectos que favorecen la adherencia. Para que la adherencia logre éxitos terapéuticos mayores del 80% se debe contar con una adherencia mayor del 95%. El margen de seguridad para el éxito del tratamiento y la no adherencia es muy estrecho, por lo que este aspecto de la terapia debe ser observado de manera constante (Ministerio de Salud Pública, 2006:18).

El equipo de salud debe brindar un ambiente receptivo y de confianza para el paciente, debe informar, indicar y ayudar a sobrellevar la enfermedad. Se considera la comunicación uno de los factores más importantes para detectar problemas de adherencia, se han sugerido algunos aspectos que favorecen la adherencia (Ministerio de Salud Pública, 2006: 18):

- Brindar información completa al paciente tanto de la enfermedad como de los efectos a esperar con los medicamentos.
- Utilizar esquemas que conlleven el uso del menor número de tabletas posibles por día.
- Utilizar preferentemente medicamentos que no representen restricciones con los alimentos.
- Tomarse el tiempo necesario para resolver todas las dudas del paciente.
- Apoyar al paciente a desarrollar un plan personalizado de toma de sus medicamentos en relación con sus horarios de trabajo y su estilo de vida.
- Favorecer su participación en grupos de apoyo o adherencia tanto a nivel del centro de atención como a nivel comunitario y familiar.
- Establecer una relación de confianza desde el primer día entre el médico y los demás integrantes del equipo de salud y el paciente.
- Mostrar interés en ayudar al paciente a resolver dudas.

- Transformarse en educadores para la salud integral de las personas.
- Monitorear la adherencia con familiares, conteo de tabletas, visitas, coordinación con grupos de base comunitaria.
- Apoyo psicológico y nutricional
- Evitar actitudes excesivamente paternalistas o de profesor regañando al alumno.

Vanegas (2010) menciona que el tratamiento prescrito debe ser tomado de tal forma que asegure y mantenga altas concentraciones de medicamento en las células infectadas, para así inhibir la replicación viral; una disminución tal, hasta llegar por debajo del nivel crítico. De lo contrario el virus puede continuar reproduciéndose al mismo tiempo que provee condiciones idóneas para provocar problemas de resistencia. Es por ello, que la adherencia al tratamiento se convierte en el factor determinante para alcanzar la efectividad terapéutica.

1.1.7.2. Métodos para valorar la adherencia. Actualmente, aunque se cuenta con diversos sistemas para este propósito, no existe un método ideal para la medida de la adherencia (Rodríguez, 2008). La solución que se ha recomendado para realizar una aproximación más exacta es el uso simultáneo de por lo menos dos métodos combinados para superar las carencias y limitaciones que todos presentan (Rand, 1998).

Métodos directos: Son métodos que se basan en la cuantificación de un fármaco de sus metabolitos o de sustancias trazadoras en algún fluido biológico, frecuentemente sangre, orina, saliva o en la piel del paciente. Entre ellos se distinguen (Rodríguez, 2008: 35):

- Monitorización de las concentraciones de los medicamento en la sangre.
- Medición de la eliminación en la orina de los medicamento o sus metabolitos.

- Empleo de marcadores asociados al fármaco.
- Medición de concentración en saliva.
- Mediciones de concentraciones en otros fluidos biológicos.

Estos métodos se caracterizan por ser objetivos, específicos, fiables, costoso, complejos, limitados a ciertos fármacos, exactos y útiles en ensayos clínicos (Piñeiro, *et al.*, 1997).

Rodríguez (2008) agrega que estos métodos son complejos y costosos, no son viables en el ámbito de la farmacia comunitaria o con poblaciones de escasos recursos, por lo que el farmacéutico comunitario, se ve obligado a utilizar otros metodo para medir el incumplimiento farmacoterapéutico.

Métodos indirectos: Son métodos menos fiables que los directos, pero son más sencillos y baratos, además reflejan la conducta de los pacientes, por lo que son muy útiles en atención primaria (Rodríguez, 2008), como:

- **Recuento de comprimidos:** Consiste en contar la medicación que le queda al paciente en el envase, considerando el tiempo transcurrido desde la fecha de prescripción hasta la fecha del recuento. De esta forma, conociendo la pauta de administración, se puede conocer el número de comprimidos que debía haber consumido, y el de comprimidos que ha consumido, lo que permitirá conocer si el paciente ha cumplido o no con la preescripción (Rodríguez, 2008).

El cálculo se realiza mediante la fórmula: (número de total de comprimidos consumidos/número de comprimidos que debía haber consumido) x 100, de esta forma se obtiene el porcentaje de cumplimiento terapéutico (Rodríguez, 2008: 40).

- **Monitores electrónicos de control de la medicación (MEMS):** Estos son sistemas de monitorización que utilizan un registro informatizado, de tal forma que un microchip colocado en el tapón de cierre del envase de los comprimidos, controla automáticamente la apertura de éste, registrando la hora y la fecha en que se produce la apertura del envase, por tanto, informa no sólo sobre la cuantificación del cumplimiento, sino también sobre el patrón horario del incumplimiento (Rodríguez, 2008).
- **Métodos basados en la entrevista clínica:** Están basados en preguntar directamente al enfermo sobre su cumplimiento. El procedimiento consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas para que en función de sus respuestas se pueda valorar el grado de cumplimiento. Son métodos muy fiables si el paciente se llegará confesar como mal cumplidor, entonces presentan alto valor predictivo positivo. Pero al compararlo con otro métodos más exactos existe un número importante de enfermos que mienten cuando dicen que toman toda la medicación (Merino, Gill & Belda, 1993).

A continuación se presenta ejemplos de test, escalas o cuestionarios que se pueden utilizar para medir el cumplimiento del paciente (Rodríguez, 2008: 46-55):

- Test de cumplimiento autocomunicado o Test de Haynes-Sackett
- Test de Morisky-Green-Lavine
- Test de comprobación fingida o “bogus pipeline”
- Test de Batalla (Test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad)
- Test de Hermes
- Test de Hermes Carranza
- Test de adherencia SMAQ
- Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento antiretroviral

- The Medication Adherence Report Scale (MARS), (Escala informática de adherencia a la medicación).
- Brief Medication Questionnaire (BMQ) (Breve cuestionario de la medicación).

Existen otros métodos, que se pueden utilizar para valorar el cumplimiento (Rodríguez, 2008: 58-66):

- Valoración de asistencia a las citas programadas,
- Valoración de la eficacia terapéutica alcanzada,
- Valoración de efectos adversos de los medicamentos,
- Juicio del profesional sanitario sobre cumplimiento
- Registro de dispensación en las farmacias (Bases de datos de Farmacia).
- Sistemas personalizados de dosificación (SPD, SID, SIDD, Medipack, Dispositivos multicompartimentales “sistema en casetes”).
- Proporción de días cubiertos por las prescripciones médicas realizadas.
- Persistencia en la reposición de la medicación (PR)
- Diferencia del peso inicial y final en dispositivos por vía inhalatoria.
- Validación de métodos indirectos para valorar el cumplimiento.

1.1.8. Dimensiones que influyen en la adherencia. Se ha demostrado que muchos factores favorecen la adherencia a los medicamentos o tratamientos, sin embargo también se ha relacionado que varios de estos influyen en una adherencia deficiente. Los factores son un conjunto de situaciones internas o externas que influyen en cierto grado de riesgo del abandono del tratamiento (Salcedo, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), nombra “dimensiones” a cinco conjuntos de factores que están relacionados con el paciente; factores socioeconómicos, factores relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria, factores relacionados con la enfermedad, factores relacionados con el tratamiento y factores relacionados con el paciente.

1.1.8.1. Factores socioeconómicos. Guatemala es un país con diversidad socio-económica y cultural, caracterizado por altos niveles de pobreza, indicadores sociales rezagados y un grado extremo de desigualdad. En Guatemala los niveles de desarrollo son bajos, según el índice de desarrollo humano es el país más bajo de la región centroamericana. El 50.9% de la población viven en la pobreza y 15.2% en extrema pobreza (Meihack, *et al*, 2011: 15), en la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) publicado por INE (2011: 10) se reportó que en Guatemala, el 53.71% de la población se encuentra en pobreza, ubicándose el 13.33% en pobreza extrema y el 46.29 en no pobreza La OMS (2004: 28) señala que en los países en desarrollo, el nivel socioeconómico bajo puede situar a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades básicas o competencias para mantener una terapia recomendada. Tales prioridades incluyen con frecuencia la exigencia para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia que los cuidan.

Las diferentes clasificaciones del nivel sociodemográfico ubican a la población según diferentes características ya sea sus ingresos económicos familiares, la estructura de sus viviendas, paredes, pisos, acceso a servicios y otros indicadores.

La Cámara Oficial Española de Comercio de Guatemala (2011) identifica cinco niveles socioeconómicos en Guatemala, esta información se utilizarán para catalogar el paciente no adherente según los factores socioeconómicos:

- **Nivel Alto (AB)**, las personas tienen ingresos familiar superior a Q 35,001 mensuales (US\$4,487)¹ Viven en zonas residenciales. Casas con más de 10 habitaciones,

¹ Según Banco de Guatemala, el cambio de dólar a la fecha 24 abril de 2013, Q7.80 x US\$1

² Según el Banco de Guatemala, el cambio de dólar a la fecha 24 de abril de 2013, Q7.80 x US\$1.

jardín amplios, garage. Poseen lo menos dos vehículos de modelos recientes. Las personas de este nivel son profesionales independientes, propietarios de negocios grandes, ejecutivos de alto nivel (empresa privada o pública), agricultores o ganaderos, propietarios de fincas grandes.

- **Nivel medio superior (C+)**, las personas tienen ingreso familiares que oscilan entre los Q 13,001 (US\$1,666)¹ y Q 35,000 (US\$4,487)¹ mensuales. Viven en sectores residenciales o en colonias. Las casas tienen de 6 a 9 habitaciones, con jardín más pequeño. Poseen uno o dos vehículos de modelos no necesariamente recientes. Las personas de este nivel son profesionales independientes, ejecutivos de empresa privada o pública, dueños de negocios medianos.

- **Nivel medio inferior (C-)**, las personas tienen ingresos familiares que oscilan entre los Q 4,501 (US\$576)¹ y Q 13,000 (US\$1,666)¹ mensuales. Viven en colonias de casas iguales, de 6 a 7 habitaciones, en terreno pequeño, con jardín. Poseen un vehículo de modelo no reciente. Usualmente las personas de este nivel asistieron a la universidad (aunque no la hayan terminado), tienen nociones de otros idiomas, aunque no los dominan, son: vendedor, dueños de negocios pequeños, empleados de la empresa privada o pública, maestros. Con frecuencia trabaja el ama de casa.

- **Nivel Popular (D)**, las personas tienen ingreso familiares que oscilan entre los Q 1,701 (US\$217)¹ y Q 4,500 (US\$576)¹ mensuales. Viven en colonias o sectores populares, casas y terrenos pequeños, sin jardín ni garage, con un pequeño patio de servicio (pila, tender ropa). Por lo general no poseen vehículo, se movilizan en transporte colectivo o en moto/ bicicleta. Usualmente las personas de este nivel han asistido a la secundaria, son: obreros,

empleados de bajo nivel, oficinistas, operarios o trabajadores en el campo. Varios miembros de la familia contribuyen al gasto familiar.

- **Nivel Marginal (E)**, las personas tienen ingresos familiares inferiores a Q 1,700.00 (US\$217)¹ mensuales, con frecuencia el ingreso no es fijo; y si es fijo ganan el mínimo que es alrededor de los Q2,000.00 (US\$256)¹. Con frecuencia tienen trabajos temporales y un ingreso no asegurado. Viven en los márgenes de la ciudad. Las personas de este nivel tienen educación mínima o ninguna.

- **Nivel del interior del país**, los ingresos familiares de las personas NO se toma como capital de ingresos, estos deberán de ser evaluados dependiendo del caso a estudiar. Se evalúa por lo que poseen. Con frecuencia tienen trabajos temporales y un ingreso no asegurado. Este nivel no se determina por el nivel educativo.

Los principales problemas socioeconómicos que deben abordarse en relación con la adherencia terapéutica son la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestable, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte y medicamentos, la disfunción familiar, la cultura, las creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento, los conflictos sociales como las guerras y los desplazamientos forzados (Revick & Frank, 1999). La OMS (2004) indica que: el sexo, estado civil, edad, nivel educativo y estado de salud son variables sociodemográficas que forman parte de los factores socioeconómicos.

La familia y el entorno social puede tener influencia en el grado de cumplimiento. Cuando existe una deficiente comunicación entre sus miembros y un mal apoyo social la adherencia no está favorecida (Rodríguez, 2008).

Ramírez (2009) afirma que en Guatemala existen diversas barreras que obstaculizan la eficacia del TARGA; entre ellas, el diagnóstico tardío de VIH, el difícil acceso a los ARV, los altos costos de transporte, alojamiento, alimentación, cobros por consulta en algunos hospitales, limitadas alternativas de medicamentos de segunda línea, el estigma, discriminación, diversidad de idiomas en el interior de Guatemala que representa una gran barrera para las poblaciones que no hablan español

1.1.8.2. Factores relacionados con el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación proveedor-paciente puede mejorar la adherencia, aunque hay muchos factores que ejercen un efecto negativo, como son : los servicios de salud poco desarrollado, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal de salud, falta de reconocimiento e incentivos, poca capacidad para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento e intervenciones efectivas, incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad (OMS, 2004).

La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia; la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad, son factores que influyen de manera favorable. Probablemente los factores más importantes son el suministro de una información detallada y realista y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo (Vanegas, 2010).

La estructura sanitaria es muy importante ya que ésta pueda influir en el cumplimiento del tratamiento, variables como los continuos cambios de médico y de los diferentes profesionales sanitarios que atienden al paciente, la burocracia del sistema sanitario, los largos tiempos de espera, la conveniencia con los horarios y las dificultades de acceso al sistema (Rodríguez, 2008).

En el caso de Guatemala, la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt es un centro integral de atención al paciente con VIH que cuenta con un equipo médico y de salud que atiende de forma multidisciplinaria al paciente con VIH/SIDA.

1.1.8.3. Factores relacionados con la enfermedad. El paciente debe tener todo conocimiento relacionado con la enfermedad que enfrenta, como: gravedad de la enfermedad, grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos. El paciente debe considerar el riesgo, la importancia de dar un seguimiento al tratamiento, la comorbilidad (depresión), uso de drogas y alcohol (OMS, 2004). De esta forma, el cumplimiento depende del nivel de gravedad que el paciente perciba de su enfermedad.

Salcedo (2011) menciona que, la enfermedad puede generar cambios en el comportamiento de la persona tales como hostilidad, aislamiento, preocupaciones que requieren de estrategias de afrontamiento que le permita una mejor adaptación. Al respecto Brannon & Feist (2001) sostiene que las intervenciones cognitivo conductuales están destinadas a mejorar el conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad, así mismo

pretenden fomentar el apoyo social de los pacientes y aumentar su nivel de auto eficacia en la adopción de comportamientos saludables.

1.1.8.4. Factores relacionados con el tratamiento. Existen diferentes factores relacionado con el tratamiento que pueden influir sobre la adherencia, como son: la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad del apoyo médico para tratarlos (OMS, 2004). El tipo y la complejidad del tratamiento tienen una gran influencia en el grado de cumplimiento. Entre ellas cabe considerar el número de medicamentos, ya que a mayor número de medicamentos prescritos, menor es el cumplimiento; especialmente a partir de tres tomas al día. La ineffectividad del tratamiento también induce al incumplimiento, el paciente al no ver una mejora en el problema de salud, es muy probable que deje de tomarlo, así como los efectos secundarios del tratamiento (Rodríguez, 2008).

Salcedo (2011) agrega, cuanto más complejo sea el régimen de tratamiento, menos probable será que la persona lo siga. Los indicadores sobre la complejidad del tratamiento incluyen la frecuencia del comportamiento de autocuidado, es decir, el número de veces por día que la persona debe realizar un comportamiento. Vanegas (2010) menciona que la aparición de efectos adversos, constituye un factor claramente relacionado con la adherencia. Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que les producen las reacciones adversas, independientemente de la relevancia clínica que puedan tener.

Un estudio realizado en New York por Berg, *et al.*, en 2004, indican que las mujeres tienden a ser menos adherente que los hombres, debido al consumo de heroína, así como los efectos secundarios de la medicación. Rodríguez, Rodríguez y García-Jiménez, realizaron un estudio en 2006, encontrando que el género femenino presenta mayor incumplimiento que el masculino. Otro estudio elaborado por Alvis, *et al.*, en 2009, realizado en Perú, menciona que la falta de adherencia no esta relacionada con la edad o el sexo del paciente, siendo con la preferencia sexual, es decir que las personas homosexuales o bisexuales tienen más riesgo de ser no adherentes que los heterosexuales.

1.1.8.5. Factores relacionados con el paciente. A pesar que las variables que más pueden influir en el grado de cumplimiento son diversas y complejas existen una muy amplia interacción entre estos factores, es decir que la personalidad del paciente, las actitudes y creencias respecto a la enfermedad, la motivación para mejorar su salud, la percepción de gravedad, el conocimiento de la enfermedad y al tratamiento, influirán en la creencia que el paciente tenga hacia el tratamiento y la mejora de salud (Rodríguez, 2008). Esto indica que es necesario que el paciente, conozca ampliamente la enfermedad y el tratamiento, para lograr que asuma su responsabilidad.

Otro aspecto son los recursos con los que cuenta el paciente, es decir , el conocimiento, las actitudes, las percepciones y las expectativas del paciente. Así como también, variables intrínsecas como el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos; la baja motivación, la habilidad inadecuada para controlar síntomas de la enfermedad y el tratamiento, la creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el entender mal y no aceptar la enfermedad, la incredulidad, desesperanza, frustración, temor, ansiedad (OMS, 2004).

1.1.9. Relación de las dimensiones y la no adherencia. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología (Infac, 2011: 1).

Palop & Martínez (2004) indican que las situaciones en las que se puede observar una falta de adherencia al tratamiento farmacológico son diversas. Algunas son consecuencia de actos involuntarios, como olvidos o confusión (falta de adherencia no intencionada), pero el paciente también puede dejar de tomar la medicación voluntariamente (falta de adherencia intencionada), por temor a reacciones adversas, percepción de ausencia de mejoría o de curación sin finalizar el tratamiento, creencia de que la medicación es innecesaria o excesiva, etc.

La falta de adherencia, intencionada o no, es un problema complejo, influido por múltiples factores. Para abordarlo, la clave está en identificar cuáles son estos factores, lo que permitirá diseñar estrategias individuales para corregirlo y evitar sus graves consecuencias (Infac, 2011). Orueta (2005) refiere que los factores que incluyen en la falta de adherencia se pueden clasificar según su relación con la patología, el paciente, el sistema sanitario, la relación médico-paciente o con el propio tratamiento.

La adherencia al TARGA se ve afectada por el rechazo al diagnóstico, rechazo del tratamiento (creencias y actitudes disfuncionales), olvidos y barreras, insuficiente comprensión de la enfermedad y su tratamiento. uso y abuso de drogas o alcohol, escasos recursos, falta de apoyo social y/o familiar, bajo nivel educativo (Knobel, Polo & Escobar,

2008), la distancia de una clínica o centro de salud, el alto costo de transporte, incluso que la falta de fuerzas físicas hacen que falte a las citas o abandonen el tratamiento (Tuller, 2010). Lo anterior evidencia que existe una urgente necesidad por prevenir la no adherencia identificando a los pacientes vulnerables a abandonar el tratamiento antes que ya sea muy tarde para intervenir.

El incumplimiento terapéutico tiene consecuencia en tres aspectos importante del paciente: en la calidad de vida del paciente, en los resultados clínicos obtenidos y en los costos para el sistema sanitario y la sociedad. El incumplimiento representa un problema de salud pública que supone costes injustificados sobre los sistemas sanitarios modernos (Palop & Martínez, 2004).

Según informes de ONUSIDA (2012: 1), Guatemala ofrece una cobertura de tratamiento antirretroviral del 56%, el cual es inferior a la cobertura regional que se ubica en un 65%. Sin embargo esta cobertura se ha visto disminuida en los últimos años de un 69% a un 56%.

Lamentablemente en Guatemala el tema de precios del tratamiento no es tan accesible a pesar que este tema es importante para las personas que viven con VIH/SIDA. A finales del año 2010 Agua Buena Asociación de Derechos Humanos (2006), produjo un informe que detalla los precios de los medicamentos antirretrovirales en América Latina, en la que se hace una comparación entre 9 países en los que se incluye Guatemala; según cálculos de los precios que se publicaron, se estima que por año cada tratamiento de primera línea tiene un precio aproximado de US \$800, mientras que el tratamiento de rescate tienen un precio aproximado de US \$4500. Estos son precios que los pacientes no

pueden pagar por lo que la Clínica de Enfermedades Infecciosas y otros centros de salud brindan el tratamiento a sus pacientes de forma gratuita.

La falta adherencia al tratamiento representa un costo económico perdido para el país, por lo que la adherencia se vuelve un tema central en el VIH/SIDA. La adherencia se considera como una de las mejores estrategias costo-efectivas porque reduce el número de hospitalizaciones y la incidencia de infecciones oportunistas que utilizan medicamentos costosos para el paciente y su familia.

De esta forma el presente trabajo, puede contribuir ofreciendo indicadores clínicos que permitan predecir o anticipar adherencia en los pacientes que están sometidos al tratamiento antirretroviral.

1.2. METODOLOGÍA

Los costos tan altos de los medicamentos para los pacientes con VIH/SIDA han motivado a los clínicos a poner atención en variables relacionadas con el éxito en la adherencia al tratamiento, muchos de los protocolos que se utilizan en otras partes del mundo incluyen el abordaje multi e interdisciplinario de los paciente con VIH que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Diferentes dimensiones se han asociados al éxito o fracaso en la adherencia como son: los aspectos socioeconómicos, la relación con el personal de salud, la relación del paciente con su propia enfermedad, con el tratamiento y algunas otras variables inter e intrapersonales. De ahí la importancia de estudiar a un grupo de pacientes con VIH e identificar los factores más frecuentes relacionados con cada dimensión puede contribuir a informar al personal de salud sobre las posibles conductas del paciente con VIH; de manera que se le refiera o brinde ayuda antes que sea demasiado tarde y abandone el tratamiento.

1.2.1. Hipótesis de investigación. La identificación temprana de los factores psicosociales que influyen en la no adherencia al tratamiento de antirretrovirales de gran actividad (TARGA), contribuye a reducir la vulnerabilidad de abandonar el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Roosevelt.

1.2.2. Objetivos

1.2.2.1. Objetivo general:

- Identificar los factores psicosociales más frecuentes que influyen en los pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt.

1.2.2.2. Objetivos específicos:

- Identificar perfiles de pacientes no adherentes en función de las cinco dimensiones psicosociales: (1) Socioeconómico, (2) Relación con el personal, (3) Relación con la enfermedad, (4) Relación con el tratamiento y (5) El paciente.
- Elaborar una guía de auto-aplicación para identificar la vulnerabilidad a la no adherencia dirigido a pacientes que incluya acciones inmediatas y/o recomendaciones.

1.2.3. **Participantes.** La investigación se realizó en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt de Guatemala, la cual atiende al 25% de las respuestas de Atención Integral de Guatemala. La Clínica brinda atención a pacientes que viven con VIH y otras infecciones crónicas. Actualmente proporcionan tratamiento antirretroviral a más de 3,400 personas adultas, hasta el mes de abril del 2012. El 50% de los pacientes que recibe la Clínica proviene del interior de la República de Guatemala, son de escasos recursos económicos y tienen un bajo nivel educativo (Clínica de Enfermedades Infecciosas, 2012: 1; Montenegro, 2011: 40).

Para esta investigación se incluyó a 40 pacientes adultos infectados con VIH clasificados como “rescate” o sea pacientes no adherentes, según parámetros de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt; se consideraron a los participantes que aún están recibiendo tratamiento antirretroviral. La toma de datos se realizó durante el período del primer semestre de 2013.

La Clínica categoriza al paciente como no adherente por medio del recuento de CD4 y carga viral, así como el recuento de pastillas el cual consiste en contar las pastillas que le queda al paciente en el envase, considerando el tiempo transcurrido desde la fecha de prescripción hasta la fecha de recuento.

1.2.4. Tipo de estudio. Esta investigación es de tipo descriptivo ya que se recogió información sobre los factores psicosociales que afectan al paciente. Hernández, Fernández & Baptista (2003: 117) menciona que la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. En el caso de esta investigación el fenómeno es la falta de adherencia a los antirretrovirales.

1.2.5. Diseño. Esta investigación se considera un diseño no experimental, del tipo transversal descriptivo, ya que no se manipulan deliberadamente variables ni se construyen diferentes situaciones, sino que se observan los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos; recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito de describir variables; tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan una o más variables o ubicar, categorizar y proporcionar un visión de una situación (Hernández, Fernández & Baptista, 2003: 267).

1.2.6. Instrumentos. Para este estudio se utilizó un instrumento dividido en dos secciones, la primera sección estuvo conformada por cuatro instrumentos dirigidos al paciente y la otra sección conformada por una guía para obtener información del expediente del paciente entrevistado.

La primera sección (anexo 1) estuvo conformado por cuatro instrumentos cuyo objetivo fue recolectar información del paciente para elaborar el perfil sociodemográfico evaluando la interacción con el profesional sanitario, características propias del régimen terapéutico, creencias del paciente y el conocimiento hacia la enfermedad; así como determinar si el paciente es o no adherente. Para poder medir la adherencia se utilizó un test de métodos indirectos, el cual refleja la conducta del paciente hacia el tratamiento. A continuación se describen los tres componentes del instrumento:

Encuesta sociodemográfica, (sección A) estuvo conformada por 18 preguntas utilizada por Alcántara (2008), para obtener la información sociodemográfica de la persona.

Cuestionario para identificar actitudes sobre HIV-SIDA (Sección B) Este cuestionario lo integraron 22 pregunta que tienen como objetivo identificar las actitudes de los sujetos al VIH/SIDA, los conocimientos de la enfermedad, vías de transmisión y prevención, creencias o concepciones y nivel de información, éste se obtuvo de Rassetto *et-al*, (2005).

Test de cumplimiento SMAQ (*Simplified Medication Adherencie Questionnaire*), (Sección C) es un instrumento breve y sencillo, basado en preguntas dirigidas al propio paciente sobre su hábito en la toma de medicación; consta de seis preguntas que evalúan

el cumplimiento del tratamiento (olvidos, rutina, efectos adversos y cuantificación de omisiones) (Knobel H, *et al*, 2002).

Cuestionario sobre los Determinantes de la Adherencia (CDA), (Sección D) diseñada originalmente por DiMatteo *et al.* en 1993, adaptada y validada por Silvana D'Anello Koch en 2006 el cual consta de 28 ítems que conforman 9 sub-escalas: interpersonal, normas, aceptación de normas, apoyo/barreras, eficacia, intenciones, susceptibilidad, severidad y conducta. Mide tres factores principales: relación con el equipo médico o sistema de asistencia sanitaria, relación con el tratamiento, y los relacionados con el paciente.

La segunda sección (anexo 2), incluye preguntas sobre datos relevante acerca del tratamiento que el paciente está llevando, así como el conteo de CD4 y carga viral. Para el llenado de este instrumento se examinó el expediente de cada paciente entrevistado, con previo consentimiento informado.

1.2.7. Consideraciones éticas en el trabajo de campo. Se solicitaron los permisos institucionales correspondientes a la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt dirigido por el Director de la Clínica Dr. Carlos Mejía para la implementación del proyecto.

Una vez autorizado dicho protocolo, se coordinaron las actividades de investigación junto con el Departamento de Psicología de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, se determinaron la cantidad de participantes y el formato de la entrevista; las entrevistas

fueron realizadas de forma individual, se llevaron a cabo en la consulta externa mientras el paciente esperaba a ser atendido.

Se elaboró el consentimiento informado (anexo 1), donde se explica el objetivo de la investigación, la solicitud para participar, y se mencionan las medidas de seguridad y confidencialidad con la que se usaran los datos brindados, se proporciona un contacto con número telefónico por si surge alguna duda sobre la investigación. Al final se solicita el nombre y la firma del participante, y la fecha en la que fue entrevistado.

1.2.8. Procedimiento. Se llevó a cabo un estudio piloto con siete pacientes, con el fin de probar la claridad de las preguntas y los tiempos de duración de las entrevistas, para lo cual se entrevistó de forma individual siguiendo el formato planificado al mismo tiempo que se llevaban a cabo anotaciones de modificación en el instrumento. Posteriormente se analizaron las entrevistas y se hicieron los cambios correspondientes, obteniendo una versión final del instrumento, el cual fue utilizado con los participantes.

El proceso de la entrevista fue el siguiente:

La recolección de los datos se llevó a cabo durante la primera y segunda semana de enero del 2013, en el horario matutino el cual recibe la mayor concentración de pacientes que vienen a la Clínica.

Los pacientes fueron seleccionados de la lista de asistencia del día de acuerdo a la clasificación “rescate”; es decir que los pacientes con la clasificación rescate que asistieron a la consulta los días 2, 3, 4, 7, 9, 14 de enero de 2013, fueron invitados a participar en el estudio.

Los participantes entrevistados se encontraban en la sala de espera, estos era llamados individualmente por la entrevistadora la cual le pedía su consentimiento para ser entrevistado, es importante mencionar que siempre se buscó que el participante priorizara su tratamiento sobre la participación en el estudio, por lo que si el participante era llamado por el médico para su consulta éste debía ir y luego regresar a la entrevista.

Se llevaron a cabo las entrevistas de forma individual, leyendo en primer lugar el consentimiento informado, si el paciente estaba de acuerdo en firmar el consentimiento informado se procedía a iniciar la entrevista y si no estaba de acuerdo en participar se le daba las gracias y se llamaba a otro paciente. Se leyó a cada paciente las diferentes secciones del instrumento, con el objetivo de evitar confusiones y aclarar dudas durante la recolección de datos. El tiempo mínimo de aplicación fue de 30 minutos, siendo 45 minutos el máximo. Al finalizar la entrevista se aclaraban dudas que iban surgiendo durante la entrevista y el participante se retiraba con una copia del consentimiento informado.

Una vez terminadas las entrevistas, se revisaron los expedientes de los pacientes entrevistados y se obtuvieron los datos clínicos requeridos.

1.2.9. **Análisis estadístico.** Una vez obtenido el levantado de la muestra, los cuestionarios fueron vaciados en Excel y posteriormente importados al programa SPSS versión 16.0 ©Copyright con el fin de analizar y obtener frecuencias, prueba de chi cuadrado y correlaciones.

Se hizo una subdivisión de pacientes adherentes y no adherentes según los resultados de SMAQ. Esta subdivisión se utilizó para hacer análisis de chi cuadrado con el objetivo de obtener la significancia de los factores y su relación con la falta de adherencia.

Luego se hicieron correlaciones de Pearson entre las cinco dimensiones: (1) Socioeconómico, (2) Relación con el personal, (3) Relación con la enfermedad, (4) Relación con el tratamiento y (5) El paciente, para obtener un perfil de pacientes no adherentes.

II. RESULTADOS

Datos sociodemográficos de la muestra estudiada. La muestra estuvo conformada por 40 pacientes adultos infectados con VIH clasificados como “rescate” o sea participantes no adherentes al tratamiento; de los participantes, el 55% son hombres y el 45% son mujeres. La edad mínima fue de 23 años, y la máxima de 61 años y el promedio de la edad fue de 38 años. Con respecto a la orientación sexual el 80% es heterosexual, 17% homosexual y 2% bisexual. La mayoría (50%) de la población pertenece a la religión católica, un 32% es evangélica, y el 17% refirió no pertenecer a ninguna religión. El 57.5% se autoidentifica como ladino, el 20% mestizo, 20% indígenas, mientras que el 2.5% de la población no logró identificarse con ningún grupo étnico.

Con respecto al estado civil, se obtuvo que el 50% es soltero, de los cuales 12% sí tiene pareja y el 42% no tiene pareja; el 20% está unido, el 15% está casado, 12% es viudo y el 2% está separado de su pareja.

Respecto al tipo de vivienda, de los participantes el 47% vive en una casa propia y el 40% vive en casa alquilada, mientras que el 17% vive con familiares o en el lugar de trabajo. El 60% vive en casa construida con block o ladrillo, el 48% vive en casa de lámina, adobe o madera. El 80% de las casas cuenta con servicio de agua, el 75% tiene servicio de luz y el 72.5% tiene servicio de baño. El 67.5% vive con sus hijos, mientras que el 32.5% de los participantes viven, ya sea, con sus padres, la pareja u otras personas.

En relación al nivel de escolaridad (véase Tabla 1), el 65% de los participantes tiene los estudios de primaria completos, de los cuales el 20% terminó los estudios de la

secundaria. El 45 % de las mujeres no estudió o no completó la primaria, lo mismo con el 22% de los hombres.

Tabla 1.- Frecuencias y porcentaje del nivel de escolaridad y educación actual.

EDUCACIÓN	Frecuencia y porcentaje	
	N = 40	%
Primaria incompleta	9	22.5
Primaria completa	7	17.5
Secundaria incompleta	11	27.5
Secundaria completa	2	5
Técnico incompleto	1	2.5
Técnico completo	2	5
Universidad incompleta	3	7.5
No estudió	5	12.5
ESTUDIA ACTUALMENTE		
Si estudia	3	7.5
No estudia	37	92.5

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la estabilidad laboral (véase Tabla 2) y la economía en casa, el 80% de los participantes trabaja, de los cuales el 75% recibe un salario entre menos de Q.500 (US\$64)² a Q.2,500 (US\$256.41)² mensuales, esto indica que la mayoría de la población tiene un Nivel Marginal (E) o Nivel del interior del país según los cinco niveles socioeconómicos en Guatemala (ver página 32).

El 20% de los participantes no trabaja y depende del sostenimiento de sus padres o de la pareja, mientras que 72.5% de las personas que trabajan se sostienen ellas solas sin

² Según el Banco de Guatemala, el cambio de dólar a la fecha 24 de abril de 2013, Q7.80 x US\$1.

ayuda de algún familiar o amigo y el 55% mantiene solamente a sus hijos. El 52.5% mencionó que lo que gana no le alcanza para cubrir los gastos.

Tabla 2.- Frecuencia y porcentaje de la estabilidad laboral de los participantes.

	Frecuencia y porcentaje	
	N=40	%
ESTABILIDAD LABORAL		
Independiente	12	30
Dependiente	20	50
Formal	22	55
Informal	10	25
Estable	20	50
Eventual	12	30
TIEMPO DE TRABAJO		
Menos de 6 meses	4	10
1 a 3 años	8	20
3 a 5 años	8	20
5 a 7 años	2	5
7 a 9 años	1	2.5
Más de 11 años	11	27.5
SUELDO		
Menos de Q500 (US\$64) ¹	7	17.5
De Q.501 (US\$64) a Q.1000 (US\$128.20) ¹	5	12.5
De Q.1001 (US\$128.20) ¹ a Q.1500 (US\$192.30) ¹	1	2.5
De Q.1501 (US\$192.30) ¹ a Q.2000 (US\$256.41) ¹	8	20
De Q.2001 (US\$256.41) ¹ a Q.2500 (US\$320.51) ¹	9	22.5
Más de Q.2500 (US\$320.51) ²	5	12.5

Nota. ¹Según el Banco de Guatemala, el cambio de dólar a la fecha 24 de abril 2013, Q7.80 x US\$1.
Fuente: Elaboración propia.

Se llevó a cabo un análisis de chi cuadrado con cada uno de los factores psicosociales (véase Tabla 3) y se relacionaron con los pacientes adherentes y no adherentes según los resultados del cuestionario de SMAQ. Todos los datos de

significancia obtenidos son mayores que Alfa (0.10), se concluye que la falta de adherencia no depende los factores psicosociales seleccionados.

Tabla 3.- Relación entre la falta de adherencia y los factores psicosociales.

FACTOR	Relación con la adherencia		
	X ²	gl	sig
Estado civil	5.8	4	0.21
Religión	2.3	2	0.32
Etnicidad	5.6	3	0.13
Educación	9.24	7	0.23
Trabaja	0.99	1	0.32
Tiempo de laborar	3.67	6	0.72
Sueldo	10.4	6	0.11
Cubrir gastos	0.23	2	0.89
Tipo de vivienda	3.16	4	0.53

Nota: X²=chi cuadrada, gl=grados de libertad, sig=significancia.

Fuente: Elaboración propia.

Relación con la enfermedad VIH/SIDA. Los resultados indican que el 80% ha tenido de 1 a 5 parejas sexuales. El 25% vive con una pareja VIH positiva y el 13% tiene hijos VIH positivos. El 62.5% conoce la forma en como adquirió el VIH, que en su mayoría fue por relaciones sexuales, el 45% de los participantes son mujeres, de las cuales la mayoría asegura haber contraído el virus por medio de su esposo, mientras que varios hombres mencionaron haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras sexuales. El 45% conoce su diagnóstico desde hace 3 a 5 años. El 52.5% ha compartido su diagnóstico con sus padres, el 60% con sus hermanos y el 60% con la pareja. Las mujeres conocen el 81% de información de la enfermedad, mientras que los hombres el 77%.

Tabla 4.- Relación entre la falta de adherencia y el comportamiento sexual.

FACTOR	Relación con adherencia		
	X^2	gl	sig
Orientación sexual	5.38	2	0.07
Género	0.75	1	0.38
Pareja positiva	3.81	2	0.15
Cantidad de parejas en total	0.58	2	0.74
Cantidad de parejas el último año	4.83	3	0.18
Consumo de alcohol	1.6	1	0.21
Consumo de drogas	1.9	1	0.17

Nota: X^2 =chi cuadrada, gl=grados de libertad, sig=significancia.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la relación del comportamiento sexual y los participantes adherentes y no adherentes (según los resultados de SMAQ), se encontró que el factor de la orientación sexual es menor que Alfa (0.10) (véase Tabla 4), por lo tanto, sí tiene diferencia significativa con la adherencia, $X^2 = 5.38$, $gl = 2$, $p < 0.07$. Esto quiere decir que la falta de adherencia si depende de la orientación sexual del paciente.

El Cuestionario para identificar actitudes sobre el VIH-SIDA, se divide en cuatro categorías: *Conocimiento de la enfermedad*, los resultados obtenidos en esta categoría indican que el 83.7% tiene conocimiento sobre la enfermedad, aunque el 55% desconoce de métodos de diagnóstico que les ayude a detectar el VIH antes de que se manifieste. *Vías de transmisión*, en esta categoría la mayoría de los participantes (92.5%) sí poseen el conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH, aunque el 22.5% desconoce que el sexo oral pueda ser una vía de transmisión. *Creencias y concepción*, el 45% cree no se puede impedir la transmisión del VIH que eso depende del destino y la suerte de cada uno, y de igual forma, el 55% desconocen de métodos de diagnóstico que les ayude a detectar el VIH antes de que se manifieste. *Nivel de Información*, según los resultados

obtenidos el 74% conoce acerca de la prueba de diagnóstico de VIH y de otros centros de salud donde también pueden o han sido atendido, el 55% afirma que ser portador de VIH es lo mismo que tener la enfermedad del SIDA, así como el 40% afirma que el VIH es lo mismo que el SIDA.

Tabla 5.- Relación entre la falta de adherencia y los factores del conocimiento de la enfermedad.

FACTOR	Relación con adherencia		
	X ²	gl	Sig
Tiempo de ser portador de VIH	2.95	5	0.71
Tiempo de conocer el diagnóstico de VIH	0.73	1	0.39
Conocimiento de la enfermedad	2.11	3	0.55
Vías de transmisión	4.32	3	0.23
Creencias y concepción	5.56	5	0.35
Nivel de conocimiento	6.5	4	0.17

Nota: X²=chi cuadrada, gl=grados de libertad, sig=significancia.

Fuente: Elaboración propia.

Se llevó a cabo el análisis por medio de chi cuadrado, entre el conocimiento hacia el VIH/SIDA que los participantes poseían y los participantes adherentes y no adherentes (según resultados de SMAQ) (véase Tabla 5); de los resultados obtenidos, ninguno de los factores mostró dependencia, todos los resultados fueron mayores que Alfa (0.10). Por lo tanto la falta de adherencia no depende del conocimiento que el paciente tenga sobre la enfermedad.

Con relación al nivel educativo, los pacientes que han cursado más grados en la escuela tienen mayor conocimiento sobre la enfermedad VIH/SIDA; los pacientes que tienen como mínimo la primaria completa demuestran un 88% de conocimiento relacionado

con el VIH, mientras que los pacientes que no estudiaron o no completaron la primaria demuestran un 75% de los conocimientos hacia la enfermedad.

Relación con el tratamiento. Según los resultado del Test de Cumplimiento SMAQ, el 27% de los participantes resultó ser adherente al tratamiento antirretroviral y el 72% resultó ser no adherente, el principal motivo de la no adherencia es el olvido de la toma del medicamento, esto implica que más de alguna vez el paciente ha olvidado tomar el medicamento indicado. El 59% de las mujeres no son adherentes al tratamiento, lo mismo con el 72% de los hombres.

Según resultado obtenidos el 45% de los participantes se coloca 100 puntos en su adherencia con el tratamiento antirretroviral. Es importante mencionar que el 47.5% de los participantes toma 5 pastillas diarias, siendo el mínimo ninguna y el máximo 11 pastillas diarias.

Con respecto a resultados obtenidos en el Cuestionario de Determinantes de la Adherencia (CDA), en la categoría de las características del régimen terapéutico, el 65% de los participantes manifiestan que el tratamiento es complejo, desconocen los beneficios y la eficacia del tratamiento para estar más saludable y necesitan ayuda para poder seguirlo.

Los resultados obtenidos (véase Tabla 6) indican que el régimen del tratamiento, o sea la complejidad del tratamiento y la cantidad de pastillas no tienen diferencia significativa en cuanto a los pacientes adherentes y no adherentes (según resultados de SMAQ), por lo tanto la falta de adherencia no depende de los factores relacionado con el régimen del tratamiento.

Tabla 6.- Relación entre la falta de adherencia y los factores relacionado con el tratamiento.

FACTOR	Relación con adherencia		
	x ²	gl	sig
Apoyo y barreras del tratamiento	13.47	9	0.14
Eficacia del tratamiento	5	7	0.66
Cantidad de pastillas por día	7.18	8	0.51

Nota: X²=chi cuadrada, gl=grados de libertad, sig=significancia.

Fuente: Elaboración propia.

Relación con el personal de la clínica. En cuanto a los resultados obtenidos en el Cuestionario sobre los Determinantes de la Adherencia CDA, el 91% manifestó estar *siempre* satisfecho con la interacción del paciente con el personal de la clínica, el 67% indicó que *siempre* han tenido una comunicación adecuada con el médico, o sea que el médico escucha y responde a las dudas de los paciente.

Tabla 7.- Relación entre la falta de adherencia y los factores relacionado con el equipo de salud.

FACTOR	Relación con adherencia		
	X ²	gl	sig
Comunicación entre médico y paciente	8.95	8	0.35
Grado de satisfacción del paciente con el personal de salud	0.72	3	0.86

Nota: X²=chi cuadrada, gl=grados de libertad, sig=significancia.

Fuente: Elaboración propia.

No se encontró relación entre la interacción con personal de la clínica y los participantes adherentes y no adherentes (véase Tabla 7), esto indica que la falta de adherencia no depende de la mala comunicación con el médico.

Relación con el paciente. Los resultados de los factores psicosociales que influyen en la adherencia evidenciaron que el 76% de los participantes percibe su enfermedad como no severa, ellos afirman que existen enfermedades mucho más severas que el VIH, la creencia del paciente asociada a la percepción de la severidad de la enfermedad, el 76.8% cree ser capaz de enfrentar diferentes situaciones con relación a la enfermedad, es decir, que son capaces de ejecutar una respuesta necesaria para liberarse de la enfermedad y que su cuerpo esté sano muy pronto. El 57.7% se sienten desanimados a causa de la enfermedad, y el VIH sí ha provocado efecto negativo en su estilo de vida. El 60% de los pacientes considera importante la opinión de sus familiares y amistades, y la relación con su familia *casi nunca* se ha visto desmejorada a causa de la enfermedad y el 86.7% sí tiene intenciones de adherirse a su tratamiento.

Tabla 8.- Relación entre la falta de adherencia y los factores sociales que influyen al paciente.

FACTOR	Relación con adherencia		
	X ²	gl	sig
Creencias del paciente asociadas a la severidad de la enfermedad	5.05	5	0.41
Creencias del paciente (Autoeficacia)	9.69	10	0.47
Creencias del paciente (Susceptibilidad)	7.88	8	0.44
Apoyo social y familiar	17.55	12	0.13
Intenciones de adherirse	6.83	2	0.03
Creencias y concepciones de la enfermedad	5.56	5	0.35
Compartir el diagnóstico	0.8	1	0.55

Nota: X²=chi cuadrada, gl=grados de libertad, sig=significancia.
Fuente: Elaboración propia.

La relación entre los factores que influyen al paciente (véase Tabla 8) y los participantes adherentes y no adherentes (según resultados de SMAQ), se encontró que el único factor que depende de la adherencia son las intenciones del paciente (X² = 6.83, gl =

2 , $p = 0.03$) en adherirse al tratamiento, esto quiere decir que si el paciente no se siente motivado a continuar con el tratamiento es muy probable que lo abandone.

Análisis del recuento de CD4 y carga viral. A continuación se presenta un análisis de frecuencias de CD4 y carga viral de los pacientes: el 90% de los participantes ingreso a la clínica con un recuento de CD4 menor a 250, esto indica que la mayoría ingresó a la clínica en la fase de SIDA (según parámetros de la Clínica de Enfermedades Infecciosas); actualmente el 42% de los pacientes no adherentes aún tiene un recuento de CD4 menor de 250. Con respecto a la carga viral, el 57% ingresó a la Clínica con más de 30,000 c/ml, actualmente sólo el 37% se mantiene arriba de las 30,000 c/ml. Por lo tanto se concluye que el 73% ingresó al hospital en fase de SIDA.

Correlación entre las dimensiones. Según los datos obtenidos en la correlación de Pearson (véase Tabla 9) entre las cinco dimensiones (socioeconómicos, relación con el personal de la clínica, relación con la enfermedad, relación con el tratamiento y relación con el paciente) indica que existe una relación moderada baja entre los factores relacionados con el equipo de salud y con el paciente, ($r = 0.244$, $sig = 0.129$), la tendencia no significativa de los datos indica que cuanto mejor sea la interacción con el equipo de salud, mayor será la comprensión de la enfermedad y logrará afrontar cualquier dificultad relacionada con esta, así como, mayor serán las intenciones de adherirse al tratamiento.

Así también se encontró correlación moderada entre los factores que tienen relación con el tratamiento y con el equipo de salud ($r = 0.276$, $sig = 0.084$), la tendencia no

significativa de los datos indica que cuanto mejor sea la interacción con el equipo de salud, mayor sea la comprensión del conocimiento del tratamiento.

En cuanto al resto de dimensiones, los resultados obtenidos indican que no hay una correlación entre ellos.

Tabla 9.- Correlación entre las dimensiones que afecta la adherencia

		Factores socioeconómico	Conocimiento enfermedad	Relación con el tratamiento	Relación con el paciente	Relación con el equipo de salud
Factores socioeconómico	r	1				
	Sig.					
	N	40				
Conocimiento de la enfermedad	r	.156	1			
	Sig.	.337				
	N	40	40			
Relación con tratamiento	r	.068	-.033	1		
	Sig.	.675	.842			
	N	40	40	40		
Relación con el paciente	r	-.146	.163	-.005	1	
	Sig.	.370	.314	.975		
	N	40	40	40	40	
Relación con el equipo de salud	r	-.013	.101	.276	.244	1
	Sig.	.936	.535	.084	.129	
	N	40	40	40	40	40

Nota, r = correlación de Pearson, Sig. = significancia (Alfa <0.10), r = 1.

Fuente: Elaboración propia.

III. DISCUSIÓN

A pesar que el VIH y el SIDA han sido identificados desde hace más de 20 años, los avances en el diagnóstico y tratamiento siguen en progreso. Los sistemas de salud de casi todo el mundo, incluyendo Guatemala, ofrecen programas de detección a población en riesgo y tratamiento antirretrovirales. Sin embargo la adherencia a los diferentes tratamientos farmacológicos se vuelve un problema prevalente cuando el paciente no toma sus medicaciones como están prescritas, esto se debe a diversos factores como los socioeconómicos, la relación que tiene el paciente con el personal de la clínica, los relacionados con la enfermedad, el tratamiento y el paciente.

La mala adherencia afecta la calidad de vida del paciente hasta causar su muerte; para poder prevenir la mala adherencia es importante identificar los factores más frecuentes que influyen o intervienen en la adherencia del paciente, de manera que se pueda referir o brindar ayuda antes de que éste abandone el tratamiento. Identificar dichos factores es importante para prevenir la muerte del paciente, teniendo en cuenta que el cumplimiento depende de éste y del ambiente que lo rodea.

El propósito de esta investigación fue encontrar los factores más frecuentes en paciente catalogados como no adherentes (según la Clínica de Enfermedades Infecciosas), así como la influencia que estos factores tienen en la adherencia al tratamiento antirretroviral. A continuación se presenta la discusión de los resultados obtenidos durante la investigación:

Factores socioeconómicos. Según Revick & Frank (1999) los problemas socioeconómicos que deben abordarse en relación con la adherencia terapéutica son la pobreza, el analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, el costo elevado del transporte y medicamentos. La OMS (2004) agrega que los pacientes se ven en la posición de elegir entre prioridades básicas o competencias, tales prioridades incluyen dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia. Según los resultados obtenidos, se encontró que los pacientes no adherentes dirigen sus ingresos a cubrir el mantenimiento de los hijos, y en menor proporción al mantenimiento de la pareja.

Es evidente el nivel de pobreza de la población estudiada, según los resultados obtenidos, se encontraron altos niveles de pobreza, los pacientes tienen ingresos que oscilan entre menos de Q.500 (\$64.35)³ a Q2500 (\$321.75)³ mensuales, La Cámara de Comercio de Guatemala indica que según los ingresos estas personas son de Nivel Marginal (E) o Nivel del interior del país, los cuales viven en las márgenes de la ciudad y tienen el nivel mínimo de educación. Con respecto a la vivienda, en su mayoría las casas están construidas de block y cuentan con servicio de agua, luz y servicio de baño. Los resultados confirman que los pacientes no adherentes tienen altos niveles de pobreza y falta de educación.

No se encontró asociación con el desempleo, ya que la mayoría de los participantes trabaja de forma independiente y consideran que tienen un trabajo formal porque cumplen con un horario o le rinden cuentas a un superior o patrón, y que los trabajos son estables por que en su mayoría reciben un salario.

³ Según el Banco de Guatemala, el cambio de dólar a la fecha 02 de abril de 2013, Q7.77 x \$1.

Los participantes consideran que es importante tomar en cuenta la opinión de las redes de apoyo social y familiar, y que la relación con la familia casi nunca se ve desmejorada a causa de la enfermedad.

Según los hallazgos del estudio, no se encontró relación entre los factores psicosociales y la falta de adherencia, se cree que es debido a que los factores psicosociales estudiados de los participantes son similares entre ellos. Por otro lado, es importante mencionar que el nivel educativo que tenga el paciente, influirá en la comprensión y conocimiento hacia la enfermedad.

Factores relacionados con la enfermedad. La OMS (2004) menciona que el paciente debe tener todo el conocimiento relacionado con la enfermedad que enfrenta como: gravedad de la enfermedad, grado de discapacidad, velocidad de progresión y la disponibilidad de tratamiento efectivos, el paciente debe considerar el riesgo, la importancia de dar un seguimiento al tratamiento, el uso de drogas y alcohol. Con respecto a lo anterior, los pacientes no adherentes no tienen todo el conocimiento relacionado con el VIH/SIDA, varios piensan que no se puede impedir el contagio de VIH, y que deben esperar a que el VIH se manifieste para saber que lo contrajeron ya que desconocen de métodos que diagnostiquen el VIH antes que se empiecen a presentar síntomas.

Con respecto al nivel educativo, la falta de educación influye en la comprensión de la severidad de la enfermedad, cuanto mayor sea el nivel educativo mayor será el entendimiento de la severidad de la enfermedad, los pacientes no adherente con bajo nivel educativo consideran que la enfermedad de VIH no es tan severa como otras (ej, el cáncer),

esto se debe a que muchos pacientes desconocen la diferencia entre el VIH y SIDA. Aunque conocen que las relaciones sexuales son la principal vía de transmisión, así como, el embarazo y la transfusión de sangre o compartir agujas o jeringas pero desconocen que el sexo oral puede ser una vía de transmisión.

En relación al género, a pesar el bajo nivel educativo, las mujeres tienen mayor conocimiento hacia el VIH que los hombres, ellas conocen la enfermedad, las vías de transmisión y tienen un alto nivel de información; aunque en las creencias hacia el VIH, las mujeres creen que nada puede impedir el contagio y eso dependerá de la suerte y el destino de cada uno; en nuestros hallazgos encontramos que la mayoría de mujeres había tenido relaciones sexuales sólo con su esposo o pareja.

Alvis, *et al.*, (2009) menciona que las personas homosexuales o bisexuales tienen más riesgo de ser no adherentes. Según los hallazgos la orientación sexual sí tiene relación con la falta de adherencia, esto se debe a la discriminación y estigmatización de la homosexualidad y el VIH, por lo que los pacientes dejan o no asisten a la citas previstas por los médicos. En cuanto a los participantes homosexuales, ellos refieren no tener pareja, pero mencionan que se contagiaron de VIH, por tener relaciones sexuales con otros hombres.

Los resultados obtenidos indican que no existe una relación entre el conocimiento de la enfermedad y la falta de adherencia, esto quiere decir que el conocimiento que tenga el paciente sobre el VIH no va a influir en la adherencia al tratamiento.

Factores relacionados con el tratamiento. Con respecto a los factores relacionado con el tratamiento, la OMS (2004) menciona que la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad del apoyo médico para tratarlos. Según los resultados obtenidos los pacientes no adherente conocen los beneficios y la eficacia del tratamiento, pero en más de alguna ocasión han olvidado tomar la medicación indicada, están conscientes que necesitan ayuda para seguir con el tratamiento aunque tenga muchas intenciones de adherirse.

Rodríguez (2008) menciona que es necesario considerar el número de pastillas que toma el paciente y que a mayor número de pastillas prescritas, menor es el cumplimiento, especialmente a partir de tres tomas al día. En esta investigación se encontró que los pacientes no adherentes toman en promedio cinco pastillas diarias y esto puede ser una variable relacionada con la no adherencia.

Respecto a la complejidad del tratamiento, los pacientes no adherentes manifiesta que el tratamiento es complejo y necesitan ayuda para poder seguirlo. Esto se confirma con lo que Salcedo (2011) menciona que cuanto más complejo sea el régimen de tratamiento, menos probable será que la persona lo siga.

Berg, *et al.*, (2004) y Rodríguez (2008) realizaron diferentes estudios en los que encontraron que el género femenino presenta mayor incumplimiento que el masculino. Según los resultados obtenidos no hay diferencias entre el género y el incumplimiento al tratamiento, ya que ambos géneros presentan el mismo porcentaje en la no adherencia a pesar de que hay más mujeres adherentes al tratamiento que hombres.

Con respecto a los resultados, el régimen del tratamiento es independiente a la adherencia, esto quiere decir, que la complejidad del tratamiento y la cantidad de pastillas no esta relacionado con la falta de adherencia.

Factores relacionado con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria. En cuanto a los factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, según Vanegas (2010) se deben considerar, la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad. Según los resultados obtenidos, los pacientes no adherentes están satisfechos con la interacción del personal de la clínica, aunque la comunicación con el médico a veces se ve interrumpida por los términos médicos que ellos utilizan y los pacientes no entienden.

No se encontró relación entre los factores de la interacción con equipo de salud y la falta de adherencia.

Factores relacionados con el paciente. Finalmente, según la OMS (2004) la relación que tiene el paciente con el conocimiento, los recursos, las actitudes ante la enfermedad y el tratamiento, las creencias, el estrés, la baja motivación, la negación, la incredulidad, desesperanza y frustración, son unos de los factores que incluyen en la adherencia. Los resultados obtenidos coinciden con varios factores mencionados anteriormente, los participantes no adherentes se sienten desanimados a causa de la enfermedad y su estilo de vida se ha visto afectado por el VIH, esto podría ser resultado de la negación hacia la enfermedad y puede provocar cierto nivel de depresión en el paciente;

ellos serían capaces de hacer cualquier cosa por liberarse de la enfermedad y que su cuerpo este sano; de los participantes que han compartido su diagnóstico con la familia, mencionan que la relación con su familia casi nunca se ha visto desmejorada y consideran importante la opinión de ellos con respecto al tratamiento y la enfermedad; varios creen que la transmisión del VIH depende del destino y la suerte de cada uno, y como se mencionó anteriormente los participantes no tienen todo el conocimiento relacionado con la enfermedad por lo que puede crear frustración, temor y ansiedad. No se encontró relación con el consumo de drogas y/o alcohol.

Los resultados indican hay una diferencia significativa en las intenciones de adherirse y la no adherencia, eso quiere decir que el paciente debe estar motivado para continuar con el tratamiento, de lo contrario lo abandonará.

Los resultados de CD4 y carga viral, nos confirman que los paciente sí esperan a que el VIH se manifiesta para llegar a la Clínica a ser diagnosticados de VIH, esto quiere decir que el paciente ingresa al hospital en fase de SIDA ya que el recuento de CD4 es menor a 250, y la carga viral mayor a 30,000 c/ml.

Según los resultados obtenido hay una relación entre la interacción con el equipo de salud y el paciente, así como, el equipo de salud y el tratamiento antirretroviral, esto indica que la buena relación con el equipo médico puede determinar la adherencia en el paciente.

Es importante mencionar que los datos se obtuvieron con base en la población estudiada, por lo que es importante no generalizarlos con toda la población de personas con VIH/SIDA.

IV. CONCLUSIONES

1. El factor socioeconómico más frecuente en los pacientes no adherentes es la pobreza, esta es una limitante ya que la mayoría de los pacientes tiene que sostener ya sea a su pareja y/o hijos, y el dinero no les alcanza para cubrir los gastos del tratamiento o acceder a los servicios de salud.
2. El lenguaje complejo que los médicos utilizan es el factor más frecuente en relación con el equipo o sistema de asistencia sanitaria, esto crea barreras entre el médico y el paciente y se corre el riesgo que el paciente sea no adherente.
3. Los pacientes no adherente no tienen todo el conocimiento relacionado con el VIH/SIDA, no tienen clara la diferencia entre VIH y SIDA, dicen que deben esperar a que el VIH se manifieste para saber que contrajeron el virus, consideran que la enfermedad que padecen no es tan severa como otras, aunque es importante mencionar que sí tienen el conocimiento acerca de las vías de transmisión del VIH, pero desconocen que el sexo oral sin protección sea una vía de transmisión.
4. Los factores más frecuentes relacionados con el tratamiento son el olvido y la cantidad de pastillas; por lo regular los pacientes más de alguna vez han olvidado tomar el medicamento, los pacientes no adherentes toman en promedio cinco pastillas diarias en diferentes horarios del día. Se encontró que los pacientes no adherentes sí conocen la importancia, el beneficio y la eficacia de seguir con el tratamiento.
5. El VIH sí afecta significativamente la vida del paciente, este se siente desanimado a

causa de la enfermedad provocando cambios en el estilo de vida. Creen que algún día se liberarán de la enfermedad y serían capaces de hacer cualquier cosa por estar sanos.

6. Variables como conceptualizaciones acerca de la enfermedad influyen en la adherencia al tratamiento en la muestra estudiada.
7. La falta de adherencia depende de orientación sexual del paciente y las intenciones de adherirse al tratamiento, o sea que la actitud y motivación que tenga el paciente hacia el tratamiento puede determinar si será o no adherente.
8. Los factores del equipo de salud, tienen relación con el tratamiento y el conocimiento de la enfermedad, por lo tanto si el paciente mantiene una buena relación con el equipo médico logrará comprender la severidad de la enfermedad y la importancia del cumplir con el tratamiento.
9. El trabajo con población de recursos y destrezas cognitivas bajas obliga a capacitar al personal o equipo de salud en destrezas multiculturales que les permitan comunicarse con mayor efectividad con los pacientes.

V. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar más estudios con un número mayor de pacientes.
- El proceso de adherencia es muy complejo por lo que se debe tomar en cuenta el comportamiento de los adherentes y no adherentes.
- Crear un perfil del paciente no adherente relacionado hacia los factores personales.
- Es importante hacer un análisis del nivel de conocimiento que tiene el equipo médico, así como la satisfacción que éste siente en el trabajo, ya que esto puede verse influenciado en la interacción con el equipo de salud afectando la adherencia del paciente.
- Realizar pruebas para detectar la prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes con VIH, y notar los niveles de afrontamiento de la enfermedad ya que se observó que este virus sí afecta la vida del paciente.
- Comparar los resultados con pacientes no adherentes de un nivel socioeconómico alto y con pacientes que no asisten a la Clínica.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agua Buena Asociación Derechos Humanos. (2006). “Guatemala desperdició recursos en compra de antirretrovirales poniendo en riesgo la sostenibilidad del tratamiento”. *Agua Buena Asociación de Derechos Humanos*, 1(4). Recuperado de: <http://www.aguabuena.org/articulos/guatemala20100925.php>
- Alcántara, N. R. (2008). *Sintomatología depresiva y adhesión al tratamiento en pacientes con VIH*. (Trabajo inédito de licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/403>
- Alvis, O., De Coll, Liz., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J. & Reyes, M. (2009). “Factores asociado a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectado con el VIH-sida”. *An Fac med.* 70(4), 266-272.
- American Psychiatric Association. (2006) *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. Compendium 2006*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc. (pp. 1612).
- Anstey, K. & Luszcz, M. (2002) “Mortality risks varies according to gender and change in depressive status in very old adults”. *Psychosomatic Medicina*, 64, 880-888.
- Arana, R. (2006). *Prevalencia de infección por citomegalovirus en donadores que asisten al banco de sangre del hospital de San Benito, Petén*. (Trabajo inédito de licenciatura) Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Arias Tapia, J., Estrada Guzmán, J., Gómez Bastidas, E., Lattuadad López, J., & Soria Rodríguez, C. (2003). *Lo que tú necesitas saber sobre VIH y sida*. México, D.F.: Plaza y Valdés Editores. (pp. 15-19)
- Berg K.M., Demas, P.A., Howard, A.A., Schoenbaum, E.E., Gourevitch, M.N. & Arnsten J.H. (2004). “Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral

therapy”. *J Gen Intern Med*. 19(11):1111-7. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15566440>

Bin, H. (2012). “Infectados con VIH son discriminados, asegura organización”. *Grupo Emisoras Unidas*. Fecha de publicación 27 de noviembre de 2012. Recuperado de:
<http://noticias.emisorasunidas.com/noticias/nacionales/infectados-vih-guatemala-son-discriminados-asegura-organizacion>

Blanco, J. L., García-Viejo, M. A., Tor, J., Muga, R., & Mallolas, J. (2000). “Mecanismos de transmisión del VIH y su prevención. VIH y personal sanitario”. En: Gantell, J.M., Clotet, D., Podzamczar, D., Miró, J.M., Mallolas, J. *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. (pp 73-88). Barcelona: Masson S.A.

Brannon, L. & Feis J. (2001) *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo. (pp. 126)

Cámara Oficial Española de Comercio de Guatemala. (2011). *Estudio de Mercado, Guatemala* [diapositivas de Power Point] Recuperado de:
<http://www.camaco.es.org.gt/binarydata/file/ESTUDIO%20DE%20MERCADO%20-Guatemala-.pdf>

Cervantes, M. (2007). “La carga viral: ¿Qué es y para qué sirve?”. *Parc Taulí Sabadell, Hospital Universitari*. Recuperado de:
<http://www.tauli.cat/tauli/CAT/Lacorporacio/elscentres/HS/webs/Sida/InfClinica/Fon tsConsulta/RevisionsBreus/foradadacv.htm>

Cheng, C., Hui, W., & Lam, S. (1999) “Coping style of individuals with functional dyspepsia”. *Psychosomatic Medicine*, 61: 789-795.

Clínica de Enfermedades Infecciosas. (2012). “Términos de referencia para la contratación de consultor para revisión y análisis de plan estratégico”. *Clínica de Enfermedades Infecciosas, Hospital Roosevelt*. Recuperado de:
<http://infecciosashr.org/download/207/>.

- D'Anello Koch, S. (2006). "Instrumento para media variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico". *MedULA*. 15 (1), 11. Recuperado de: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21868/2/articulo1.pdf>
- Del Río, C., & Curran, J. W. (2002). *Enfermedades Infecciosas. Principios y prácticas*. Buenos Aires: Panamericana. (pp. 1636-1642).
- DiMatteo M. R. Hays, R., Gritz, E., Bastani, R., Crane, L., Elashoff, R., Ganz, P., Heber, D., McCarthy, W. & Marcus, A. (1993) "Patient adherence to cancer control regimens scale development and initial validation". *Psychological Assessment*. 5: 102-112.
- DiMatteo, M. R. (2004) "Social support an patient adherence to medical treatment: A meta-analysis". *Health Psychology*, 23, 207-218
- Drossman, D. A., Leserman, J., Li, Z., Keefe, F., Hu, Y. J. & Toomey, T. (2000). "Effects of coping on health outcome among women with gastrointestinal disorders". *Psychosomatic Medicine*, 62:309-317.
- Eldred, L.J., Wu, A., Chaisson, R., & Moore, R.D. (1998) "Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease". *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1;18(2):117-25.
- Epker, J., & Gatchel, R. J. (2000) "Coping profile difference in the biopsychosocial functioning of patients with temporomandibular disorder". *Psychosomatic Medicine*. 62:69-75.
- España, M. (2012) "Se incrementan las infecciones por el VIH en Guatemala". *Siglo 21*. Fecha de publicación: 17 de mayo de 2012. Recuperado de: <http://www.s21.com.gt/guatemala/2012/05/17/se-incrementan-infecciones-vih-guatemala>
- Estrada, A. (2002). *Situación Educativa que enfrentan los profesores de Establecimientos del Ciclo de Educación Básica con estudiantes que consumen drogas*. (Trabajo inédito de licenciatura), Universidad De San Carlos de Guatemala. Guatemala, Guatemala.

- Gantell, J. M., Blanco, J. L., Soriano, A., Tortajada, C., Lozano, L., & García, F., (et-al) (2000) *Guía practica del sida. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. (6ta ed). Barcelona: Masson S.A.
- García, A., Noguera, I., & Cowgill, K. (2004). *El VIH/SIDA en países de América latina*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- García, J. (2012). “Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Centro Nacional de Epidemiología. Boletín 4: Notificación de casos de VIH y VIH avanzado Guatemala, enero a junio 2012”. *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*, 4: 1-3.
Recuperdo de: <http://onusida.org.gt/images/stories/documentos/boletin%20viheneroajunio2012.pdf>
- Gutiérrez, R. (2008). Síndrome de reconstitución inmunológico. *TELEMEDICINA*.
Obtenido de:
[http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/REVISION%20DE%20TEMA S/SRI%20final.pdf](http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/REVISION%20DE%20TEMA%20S/SRI%20final.pdf)
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, L. (2003) *Metodología de la investigación*. (3era ed). México: Editorial McGraw-Hill. (pp. 141).
- Ho, W.Z.; Evans, D.L.; & Douglas, S.D. (2002). “Substance P and Human Immunodeficiency Virus Infection: Psychoneuroimmunology”. *CNS Spectr* (12),867-874. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12766696>
- INE, Instituto Nacional de Estadística (2011). “Encuesta Nacional de Condiciones de Vida, (ENCOVI) 2011”. *Instituto Nacional de Estadística*. Recuperado de:
http://www.ine.gob.gt/np/encovi/documentos/ENCOVI_Resumen_2011.pdf
- Infac -Información Farmacoterapéutica de la Comarca- (2011). “Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas”. *19 Liburukia*. 19(1). Recuperdo de:
http://www.osakidetza.euskadi.net/r85cevime/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n1.pdf

- Karch, F.E. & Lasagna, L. (1977) "Toward the operational identification of adverse drug reactions". *Clin Pharmacol Ther* 21:247-54.
- Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, Gonzalez J, Ruiz I, et al. (2002). "Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study". *AIDS*;16(4): 605-13.
- Knobel, H., Polo, R. & Escobar, I. (2008). "Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la Adherencia al tratamiento antirretroviral. (Actualización Junio de 2008)". *Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, Gobierno de España*. Recuperado de: <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesAdherenciaTrtoAntirretroviral062008.pdf>
- Leibovich, M. (2008). "De CD4 y carga viral". *SIDA STUDI*. Recuperado de: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd6000.pdf>
- Lumbreras C., & Rubio R. (2004) Fármacos antivíricos. En Lorenzo, P., Moreno, A., Leza, J.C., Lizasoain I y Moro. M.A. (Eds) *Velázquez. Farmacología Básica y Clínica* (17 edición) (pp 919 – 954) Madrid: Medica Panamericana
- Marcovici, K. (2002). "EL UNGASS, género y la vulnerabilidad de la Mujer a la VIH/SIDA en America Latina". *Programa Mujer Salud Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud*. Washington, DC. Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GenderandHIVSpanish.pdf>
- Martín, M. y Grau, J. (2004). "La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud". En Villa, C. y Vinaccia, S. (2006) *Adherencia Terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA* (pp. 52). México: Psicología y Salud, 16 (001)
- Meihack, W., García, J., Alvarez, B., et al (2011) *Perfil epidemiológico del VIH, Guatemala 2011*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Universidad del Valle de Guatemala.

- Merino, J., Gill, V. & Belda, J. (1993). “Métodos de conocimiento y medida de la observación”. En Alemán, J., (Ed) *La observancia en el tratamiento de hipertensión arterial*. (pp, 7-29). Barcelona: Doyma.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2012). “Manual de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala”. *USAID, From de American People*. Recuperado de: <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Guatemala%202012.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2006). *Guía de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas de Guatemala*. Programa Nacional de ITS VIH y SIDA. Guatemala: Ministerio de Salud Pública.
- Montenegro, K. (2011). *Verificación del retorno de pacientes adultas VIH positivas de reciente diagnóstico en el encamamiento del Hospital Roosevelt a la consulta externa de la Clínica de Enfermedades Infecciosas por medio de la educación sanitaria*. (Trabajo inédito de licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3101.pdf
- Morales, J., Velásquez, F., Hernández, G., Reyes, G., Guerrero, C. (2011). *Caracterización del estilo de vida de pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana –VIH- y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-*. (Trabajo inédito de licenciatura) Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Núñez, C. A., Aguilar, S. & Fernández, V. (2001). *Exclusión Social y VIH-SIDA en Guatemala*. (10) Guatemala: PASCA. ISBN 99922-62-20-6.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2004). “Organización Panamericana de la Salud”. *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>
- ONUSIDA (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2003). *Manual para la formulación de estrategias y políticas, un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA*. Ginebra: UNESCO.

- ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2004). “Informe sobre la epidemia mundial del Sida 2004. Resumen analítico, Cuarto informe mundial”. *Centro de Información de las Naciones Unidas*. Recuperado de: <http://www.unaids.org>
- ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2011) “Nuevos datos sobre el VIH y el Sida en América Latina”. *ONUSIDA America Latina*. Recuperado de: <http://www.onusida-latina.org/es/noticias/284-nuevas-cifras-para-america->
http://www.unicef.org.gt/2_sala_de_prensa/docs_y_media/HOJA_DATOS_VIH_GUATEMALA.pdf latina
- ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2012). “Hoja de Datos Guatemala, Día Mundial del SIDA 2012”. *UNICEF, Guatemala*. Recuperado de:
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2008). *Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes en Latinoamérica y el Caribe: en la ruta hacia el acceso universal*. Washington, D.C: OPS. ISBN: 978-92-7-532857-6
- Orueta, R. (2005). “Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 29(2). Recuperado de: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf
- Palop, V., & Martínez, I. (2004). “Adherencia al tratamiento en el paciente anciano”. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 28, 113-1202. Recuperado de: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf
- Pelechano, V. (2008) *Enfermedades crónicas y psicología*. Madrid: Klinik.
- Pharr S. (2008) *Proyecto de solidaridad: género y el riesgo del VIH*. New York:

Community HIV/AIDS Motivational Project (CHAMPS).

- Piñero, F., Gil, V., Donis, M., Orozco, D., Torres, M.T. & Merino, J. (1997). “Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias”. *Aten Primaria*. 19(9):465-8
- Puente-Silva, F. (1984). “¿Qué es adherencia terapéutica?” En Puente-Silva, F. *Adherencia Terapéutica. Implicaciones para México*. (pp. 2-3) México: Corpodin S.A.
- Quant, C., Espinoza, J. R., & Espinoza, M. D. (2009) *Guía de terapia antiretroviral en adultos con VIH*. Nicaragua: Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18031es/s18031es.pdf>
- Ramírez, A. P. (2009). *Los factores psicosociales que predisponen la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes viviendo VIH/Sida que asisten a la Clínica de enfermedades Infecciosas*. (Trabajo inédito de licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, Guatemala.
- Rand, C.S. (1998). “Patient and regimen related factors that influence compliance with asthma”. *Eur Respir Rev* 8:270-274
- Rassetto, M. J., Herrera, M., Massa, M. & Ruiz, A. (2005). “Diseño de un cuestionario para identificar actitudes sobre HIV-SIDA”. Enseñanza de las ciencias. Numero extra. VII Congreso. *Deposito digital de documentos de la UAB, Universidad Autonoma de Barcelo*. Recuperado de: http://ddd.uab.cat/pub/edlc/edlc_a2005nEXTRA/edlc_a2005nEXTRAp25discue.pdf
- Revick, D.L. & Frank, L. (1999). Pharmacoeconomic evaluations in the real world. Effectiveness versus efficacy studies. *Journal of Pharmacoeconomics*. 15(5), 423-434. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10537960>
- Reyes-Terán, G. (2005). *HIV Medicine 2005 – Versión en español*. (1era edición). México, D.F. Adaptado de: www.HIVMedicine.com by Hoffmann, Rockstroh, and Kamps.
- Rodríguez, M. A. (2008) *Efecto de actuación farmacéutica en la adherencia del tratamiento farmacológico de pacientes ambulatorios con riesgo cardiovascular*

- (EMDADER-CV-INCUMPLIMIENTO). (Tesis doctoral) Universidad de Granada. España.
- Rodríguez, M.A., Rodríguez, A., García-Jiménez, E. (2006). Incumplimiento terapéutico en paciente en Seguimiento Farmacoterapéutico mediante el método Dáder en dos farmacias rural. *Pharmaceutical Care España*. 8(2):62-68.
- Ruiz, L., Paredes, R., & Clotet, B. (2001) Carga viral: “Utilidad clínica y pronóstica para el seguimiento del paciente VIH+”. En: Gatell, J.M., Clotet, B., Podzamczar, D., Miró, J.M. (Eds.). *Guía práctica del SIDA*. (pp. 157-168). Barcelona: Masson S.A.
- Salcedo, A. (2011). *Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial*. (Trabajo inédita de maestría) Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4164/1/539474.2011.pdf>
- Sandoval, M. (2011) ¿Que drogas se consumen en Guatemala?. *El periódico de Guatemala*. Fecha de publicación 10 de junio de 2011. Recuperado de: www.elperiodico.com.gt/es/20110710/domingo/197939/?tpl=54
- Shelley, T. (2007) *Psicología de la salud*. (6ta ed). México: McGraw-Hill. (pp. 289-292).
- Tuller, D. (2010). “La no adherencia al tratamiento de VIH: Tratando de seguir el rastro de pacientes con SIDA desaparecidos”. *Hivos people unlimited Guatemala*. Recuperado de: <http://www.hivos.org.gt/hivos/index.php/articulos/41-la-no-adherencia-al-tratamiento-de-vih>
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). (2009). “La familia como unidad de Análisis”. *Instituto Interamericano del niño, la niña y adolescents*. Ginebra: UNICEF. Recuperado de: <http://www.iin.oea.org/iin/newsletter/boletin3/documentos/Publicaciones/8Estado%20Mundial%20de%20la%20Infancia%202009.pdf>
- Vanegas, L. (2010). “Evaluación de la adherencia en pacientes VIH positivo que acuden a la consulta externa de la asociación Hospicio de San José. (Informe final)”. *Universidad*

San Carlos de Guatemala. Recuperado de:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3043.pdf

Varela, M. T., Salazar, I., & Correa, D. (2008). *Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje*. *Act.Colom.Psicol.* 11(2). Recuperado de:
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012391552008000200010
&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012391552008000200010&script=sci_arttext)

Vargas, E., Terleira, A., & Portolés, A. (2004). “Reacciones adversas a los medicamentos”. En Lorenzo P., Moreno, A., Leza, J.C., Lizasoain, I., & Moro, M.A. (Eds) *Velázquez. Farmacología Básica y Clínica* (17ª ed) Madrid: Edit Medica Panamericana.

Vega, A., & Lacoste, J. A. (1995). *Niños, adolescente y SIDA: Problemática psicosocial e intervención educativa*. Valencia: Promolibro.

VII. APÉNDICE

Anexo 1: Instrumento no. 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE 18 AÑOS

Universidad del Valle de Guatemala
Departamento de Psicología

Estimado usuario, la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt atiende, en su mayoría, a pacientes VIH+ que requieren atención médica. Uno de los problemas que enfrentan los pacientes de la es la adherencia al tratamiento con antirretrovirales, el objetivo del proyecto es conocer los problemas que enfrentan los pacientes durante este tratamiento.

Este proyecto de investigación forma parte del programa de la licenciatura en Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala y es ajeno a la clínica, es decir no afectará los servicios ni la atención que usted recibe.

Si está de acuerdo en participar, deberá responder a cuatro cuestionarios que tendrá una duración de media hora. Cada cuestionario tiene una guía de instrucción en las cuales no hay respuestas incorrectas o correctas, lo que se busca es conocer más de su experiencia de vida, así que siéntase libre de responder lo que desee. Además, queremos informarle que después de responder el cuestionario se revisará su expediente para obtener información de la evolución del tratamiento que ha recibido en la clínica.

Es importante que sepa que puede negarse a contestar las preguntas que la/lo hagan sentir incómoda/o y puede retirarse de la entrevista en cualquier momento.

Podemos asegurarle que se tomará todas las medidas necesarias para proteger la confidencialidad a lo largo de la entrevista. La información que se va a recolectar en este instrumento es confidencial, por lo que no se compartirá o publicar información que pueda exponer su identidad o afecte su integridad de cualquier manera. Ninguna persona más que la investigadora principal y su asesora van a tener acceso a la información que usted comparta.

Si usted requiere información adicional puede comunicarse con la MSc. Claudia García de la Cadena Asesora del Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala al tel 2368-8341 ext 573 o al correo electrónico claudigd@uvg.edu.gt o con la investigadora responsable, la estudiante Cristel M. Castellanos cristel.cas@hotmail.com

Declaración del/la participante:

Declaro que he leído y/o escuchado el consentimiento informado de este estudio. Entiendo que mi participación es voluntaria y accedo a participar.

Iniciales de su nombre: _____ **código:** _____

Firma o huella: _____ **Fecha:** _____

Declaración del investigador/a y/o facilitador/a:

Confirmando que he explicado la naturaleza e implicaciones del estudio al/la participante.

Nombre completo: _____ **Firma:** _____

Instrumento para determinar la relación entre los factores psicosociales propios del paciente y la adherencia al tratamiento de antirretroviral

1. No. de Expediente: _____

2. Fecha de nacimiento: ___/___/_____ 3. Edad: _____ 4. Sexo: Hombre
Mujer

5. ¿Cuál es su orientación sexual?
Heterosexual Bisexual
Homosexual Otro : _____

6. ¿Cuál es su estado civil?
Soltero : ¿Tiene pareja actualmente? Sí No
Unido
Casado () Primera Segunda o más _____
Divorciado
Separado
Viudo

7. ¿Cuál es su religión?
Católico Ninguno
Evangélico Otro: : _____

8. ¿Cómo se autoidentifica/ con qué grupo se identifica?
Ladino Indígena : ¿Qué grupo? _____
Mestizo

Vivienda

9. ¿En donde reside actualmente (sea específico)? _____

10. ¿Con quién vive?
Padre Pareja () Otros: : _____
Madre Hijos H: _____ M: _____

¿Ha tenido hijos muertos o abortos? Sí ¿Antes ___ o después___ del diagnóstico?
No

11. ¿En dónde vive es...?
Propia Con familiares Otro: : _____
Alquilada Lugar de trabajo

12. ¿Con qué material está construida la casa?
Block Ladrillo Lámina
Adobe Madera Otro: _____

13. ¿Cuenta con servicio de... ?
Agua Baño Letrina
Luz Teléfono Cable TV

Educación

14. ¿Cuál fue el último grado que cursó?
Primaria incompleta Técnico incompleto Post grado
Primaria completa Técnico completo No estudió
Secundaria incompleta Universidad incompleta
Secundaria completa Universidad completa Grado: _____

15. ¿Estudia actualmente?
No
Sí ¿Qué estudia? : _____

Laboral

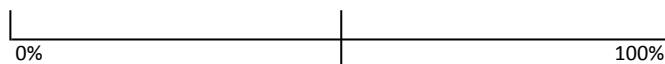
16. ¿Está trabajando actualmente?
No
Sí : Independiente Formal Estable
Dependiente Informal Eventual

Por favor responder falso o verdadero a las siguientes afirmaciones

30. El virus del VIH se puede transmitir durante el embarazo	V	F
31. Nada puede impedir la transmisión del VIH, depende del destino y suerte de cada uno	V	F
32. La única manera de saber si contraí el VIH es esperar a que se manifieste	V	F
33. El VIH se puede transmitir por transfusión de sangre	V	F
34. El sida ataca al cuerpo con bajas defensas provocando el ingreso de enfermedades oportunistas	V	F
35. Un beso puede transmitir el VIH	V	F
36. Los contactos buco-genitales (sexo oral) pueden ser vía de transmisión del VIH	V	F
37. El sida es el resultado de la destrucción avanzada de las defensas, causadas por el virus	V	F
38. Los resultados de un análisis de VIH son confidenciales	V	F
39. El sida puede producir infecciones graves y desarrollar cáncer	V	F
40. No existe análisis de VIH que se realice de forma gratuita	V	F
41. Frecuentar una piscina puede ser un factor de riesgo para la infección del VIH	V	F
42. La enfermedad no se cura pero existen tratamientos para controlarla	V	F
43. La seropositividad para el VIH significa tener la enfermedad del sida	V	F
44. Los síntomas del sida pueden aparecer después de algunos meses o hasta algunos años	V	F
45. En la actualidad no existen tratamientos para frenar la enfermedad	V	F
46. Una manera de saber si tengo VIH es hacerme un análisis especial en un Centro de Salud	V	F
47. El virus del VIH se puede transmitir por vía sexual	V	F
48. Compartir un baño de personas no conocidas puede ser un riesgo para la infección de VIH	V	F
49. El virus del VIH se puede transmitir por compartir agujas, jeringas.	V	F
50. Besar y abrazar a una persona infectada con el VIH es una forma de transmisión	V	F
51. VIH es lo mismo que sida	V	F

Sección C: Conocimiento del tratamiento

52. ¿Cómo calificaría su rendimiento con el tratamiento? _____%



53. ¿Por qué le da esta calificación? _____

54. ¿Toma siempre la medicación indicada?

No
Sí

55. En caso de sentirse mal ¿ha dejado de tomar los antirretrovirales alguna vez?

No
Sí

56. En alguna ocasión ¿se ha olvidado de tomar los antirretrovirales?

Sí ¿Por cuánto tiempo? _____
No

57. Durante el fin de semana ¿se ha olvidado de tomar los antirretrovirales?

No
Sí

58. En la ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántas veces no tomo alguna dosis?

Ninguna vez 6 a 10 veces
1 a 2 veces más de 10 veces
3 a 5 veces

59. DESDE LA ÚLTIMA VISITA, ¿cuántos días completos no tomó los antirretrovirales?

Días: _____

Sección D: Determinantes de la adherencia

A continuación le voy a hacer unas preguntas, por favor conteste lo que más se apegue a su preferencia. Recuerde contestar de manera rápida, según su punto de vista ya que no existen respuestas buenas o malas.

No.	Ítem	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	El personal de la clínica escuchan lo que les digo.					
2	El personal de la clínica responden a todas mis preguntas.					
3	El personal de la clínica me trata con cortesía y amabilidad.					
4	Yo confío que el personal de la clínica se interesan por mi salud.					
5	El personal de la clínica ignorar lo que les digo.					
6	Algunas veces los doctores utilizan términos médicos que no entiendo.					
7	Mis familiares piensan que debo seguir con el tratamiento.					
8	Yo quiero hacer lo que mis familiares piensan debo hacer.					
9	Mis amigos más cercanos piensan que debo seguir con mi tratamiento					
10	Yo quiero hacer lo que mis amigos mas cercanos piensan debo hacer.					
11	La relación con mi familia se ha visto desmejorada a causa de la enfermedad					
12	Muchas cosas se interponen para que usted pueda seguir con el tratamiento.					
13	Necesito ayuda para seguir el tratamiento.					
14	Mi tratamiento es demasiado complicado para seguirlo.					
15	Soy capaz de enfrentar cualquier problema para seguir el tratamiento.					
16	Seguir el tratamiento me ayudará a estar más saludable.					
17	Yo estaré igualmente saludable sin seguir el plan de tratamiento					
18	Creo que si cumplo con el tratamiento evitare enfermarme de nuevo					
19	Me cuesta creer que el tratamiento me ayudará a curarme.					
20	Tengo muchas intenciones de seguir con mi tratamiento.					
21	Cumplir con el tratamiento es mejor que no cumplirlo.					
22	Intento seguir con mi plan de tratamiento					
23	Yo espero liberarme de esta enfermedad pronto					
24	Mi cuerpo estará sano muy pronto					
25	Existen enfermedades mucho más severas que la que yo padezco.					
26	La enfermedad que yo padezco no es tan severa como otros dicen.					
27	Me siento desanimado a causa de la enfermedad					
28	Mi estilo de vida se ha visto afectado negativamente a causa de la enfermedad.					

Anexo 2: Instrumento no. 2

Instrumento no. 2 para obtener información relevante sobre el tratamiento

No. de expediente: _____

1. Carga Viral y CD4

Última evaluación CD4: _____ Fecha: ____/____/____

Primer evaluación CD4: : _____ Fecha: ____/____/____

Última evaluación CV: _____ Fecha: ____/____/____

Primer evaluación CV: _____ Fecha: ____/____/____

2. Recibe tratamiento ARV

No	<input type="checkbox"/>
Sí	<input type="checkbox"/>

3. Tipo de tratamiento ARV

4. No. de pastillas recetadas/día: _____
