

Promoción de la Adherencia al Tratamiento de las Personas Recién Diagnosticadas con VIH en
su Primer Año en el Municipio de Bucaramanga

Patricia Caicedo Higuera

Trabajo de Grado para Optar el título de Magíster en Intervención Social

Directora:

Bertha Lucía Correa Uribe

Magíster en Educación con énfasis en cultura y comunidad

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Intervención Social

Bucaramanga

2021

Dedicatoria

A mi hija Diana y a mis nietos María Fernanda y Juan José, que me animaron y me motivaron a seguir adelante con la maestría.

Agradecimientos

A mi amiga Ana Elvia, quien me motivó a volver a la academia, a mi compañero y compañeras de maestría que me brindaron su cariño y apoyo, a todos los y las docentes que compartieron conmigo sus conocimientos y a Bertha Lucía, Directora de mi Trabajo de Grado.

Contenido

	Pág.
1. Planteamiento del Problema	12
2. Justificación	16
3. Objetivos.....	20
3.1 Objetivo General.....	20
3.2 Objetivos Específicos.....	20
4. Marco de Referencia.....	21
5. Marco Conceptual.....	24
6. Consideraciones Éticas	29
7. Metodología	30
7.1 Fase 1: Revisión de información disponible, relacionada con el tema de adherencia en general y de adherencia en VIH/SIDA.	32
7.2 Fase 2: Recolección y análisis de la información con profesionales de salud de programas de atención integral de VIH y personas con diagnóstico de VIH/SIDA.	37

7.3 Fase 3: Diseño de la estrategia de intervención para el personal de salud que contribuya a la adherencia al tratamiento de las personas con VIH/SIDA.....	60
8. Principios Orientadores y las Metas que Deberían Regir la Atención Integral	63
8.1 ¿Qué Hacer?.....	64
8.2 Manejo de la Adherencia	66
8.3 Medidas no Farmacológicas a Tener en Cuenta para la Adherencia	68
8.4 Factores Que Influyen en la Adherencia.....	69
8.4.1 Factores relacionados con las personas.....	70
8.4.2 Factores relacionados con el sistema de salud.....	71
8.4.3 Factores relacionados con la enfermedad	71
8.4.4 Factores relacionados con el equipo asistencial.....	71
8.4.5 Factores relacionados con el tratamiento antirretroviral.....	74
9. Estrategias de Intervención para la Adherencia en su Primer Año.....	75
9.1 Estrategia de Acercamiento	76
9.1.1 Estrategia de apoyo y acercamiento con el personal de salud.	76
9.1.2 Estrategias de intervención-proximidad a la TAR.....	77
9.1.3 Estrategias en los modelos terapéuticos.....	79
9.1.4 Técnicas para vigilar la adherencia.....	80
9.2 Instrumento Alerta-Adherencia	82
10. Potenciales Intervenciones Estratégicas	85

11. Conclusiones	90
12. Recomendaciones	93
Referencias Bibliográficas	95

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Distribución de casos VIH/SIDA, Santander 2013 a 2018	13
Figura 2. Distribución casos notificados como mortalidad por VIH/SIDA Santander 2013 a 2018	16
Figura 3. Distribución de casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander según la procedencia, 2017-2018	40
Figura 4. Clasificación de los casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018.....	41
Figura 5. Distribución de casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander según su EPS, 2017- 2018.....	42
Figura 6. Distribución de casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander según la institución que aportó la unidad de análisis, 2017-2018.....	43
Figura 7. Flujograma de atención integral en la valoración inicial.....	63
Figura 8. Estrategia de intervención primer año	81

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Distribución de los individuos de acuerdo con su pertenencia a grupos especiales	40
Tabla 2. Frecuencia de presentación de los factores psicosociales reportados en los casos de muerte por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018.....	48
Tabla 3. Frecuencia de presentación de los factores biológicos y conductuales reportados en los casos de muerte por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018.....	49
Tabla 4. Frecuencia de presentación de los factores relacionados con el sistema de salud reportados en los casos de muerte por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018.....	50
Tabla 5. Proporción de presentación de las demoras relacionadas con el reconocimiento del problema en los casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018	55
Tabla 6. Proporción de presentación de las demoras relacionadas con la oportunidad de la decisión y acción en los casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018.....	55
Tabla 7. Proporción de presentación de las demoras relacionadas con el acceso a la atención, referencia y contrarreferencia en los casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018	56
Tabla 8. Proporción de presentación de las demoras relacionadas con la calidad de la atención en salud de los casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018.....	56
Tabla 9. Frecuencia de presentación de los determinantes de la salud de acuerdo con la procedencia y el régimen de salud	58
Tabla 10. Distribución de las demoras de acuerdo con la procedencia y el régimen de salud	59

Tabla 11. Valoración a PVVIH al iniciar TAR.....	82
Tabla 12. Riesgo posible de inadherencia que se encuentra en el paciente para el inicio de su TAR.	83
Tabla 13. Cuestionario de Moriski-Green	89

Resumen

Título: Promoción de la Adherencia al Tratamiento de las Personas Recién Diagnosticadas con VIH en su Primer Año en El Municipio de Bucaramanga*

Autor: Patricia Caicedo Higuera**

Palabras Clave: Infección, Sida, Tratamiento, Adherencia, Pandemia

Descripción:

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana, causante del SIDA, es una infección que se transmite por las vías sexual, sanguínea y materno perinatal. Los avances científicos han logrado que sea una infección crónica, que, si bien no tiene cura, puede ser controlada con el uso de tratamientos antirretrovirales. Es decir que las personas que viven con VIH, si reciben la terapia antirretroviral, no deberían pasar de la etapa de infección a desarrollar SIDA y, por consiguiente, no deberían morir por causa del SIDA. Sin embargo, en el Departamento de Santander se han venido presentando, en los últimos seis años en promedio, treinta casos de mortalidad por SIDA, situación que da pie a otras problemáticas de tipo social. En este trabajo se propuso hacer una revisión de las causas de mortalidad por SIDA en Santander, teniendo como hipótesis que la causa de la mortalidad por esta patología podía ser ocasionada por la falta de adherencia al tratamiento. Se revisaron estudios de Colombia y de otros países relacionados con la adherencia y se formuló una estrategia para fortalecer la adherencia al tratamiento en personas viviendo con VIH, en el primer año de diagnóstico, etapa considerada importante para que las personas puedan lograr adherirse a los Programas de atención integral de VIH y gozar de un buen estado de salud, con el control de la infección.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Maestría en Intervención Social Directora: Bertha Lucía Correa Uribe. Magíster en Educación con énfasis en cultura y comunidad.

Abstract

Title: Strategy to Improve Adherence to Treatment in People Newly Diagnosed with HIV in the City of Bucaramanga

Author: Patricia Caicedo Higuera

Keywords: Infection, AIDS, Treatment, HIV, Adherence, Pandemic

Description:

The human immunodeficiency virus infection is transmitted through the sexual, blood, and maternal-perinatal routes. Scientific advances have made it a chronic infection, which (though it has no cure) can be controlled with the use of antiretroviral treatments. In other words, if people living with HIV receive antiretroviral therapy, they should not go from the stage of HIV infection to developing AIDS, therefore, they should not die from AIDS. However, in Santander there have been, on average, thirty cases of mortality due to AIDS in the last six years, a situation that gives rise to other social problems. The purpose of this paper is to review the causes of mortality due to AIDS in Santander, in light of the hypothesis that the mortality associated with the virus could be caused by lack of adherence to treatment. Research studies about the adherence, made in Colombia and other countries, were reviewed. Additionally, a strategy was formulated to strengthen adherence to treatment in people living with HIV in the first year of diagnosis, a stage considered important for people to be able to adhere to the integral assistance HIV programs and to enjoy a good state of health, with infection control.

*Degree Work

**Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Master in Social Intervention Director: Bertha Lucía Correa Uribe. Master of Education with an emphasis on culture and community.

1. Planteamiento del Problema

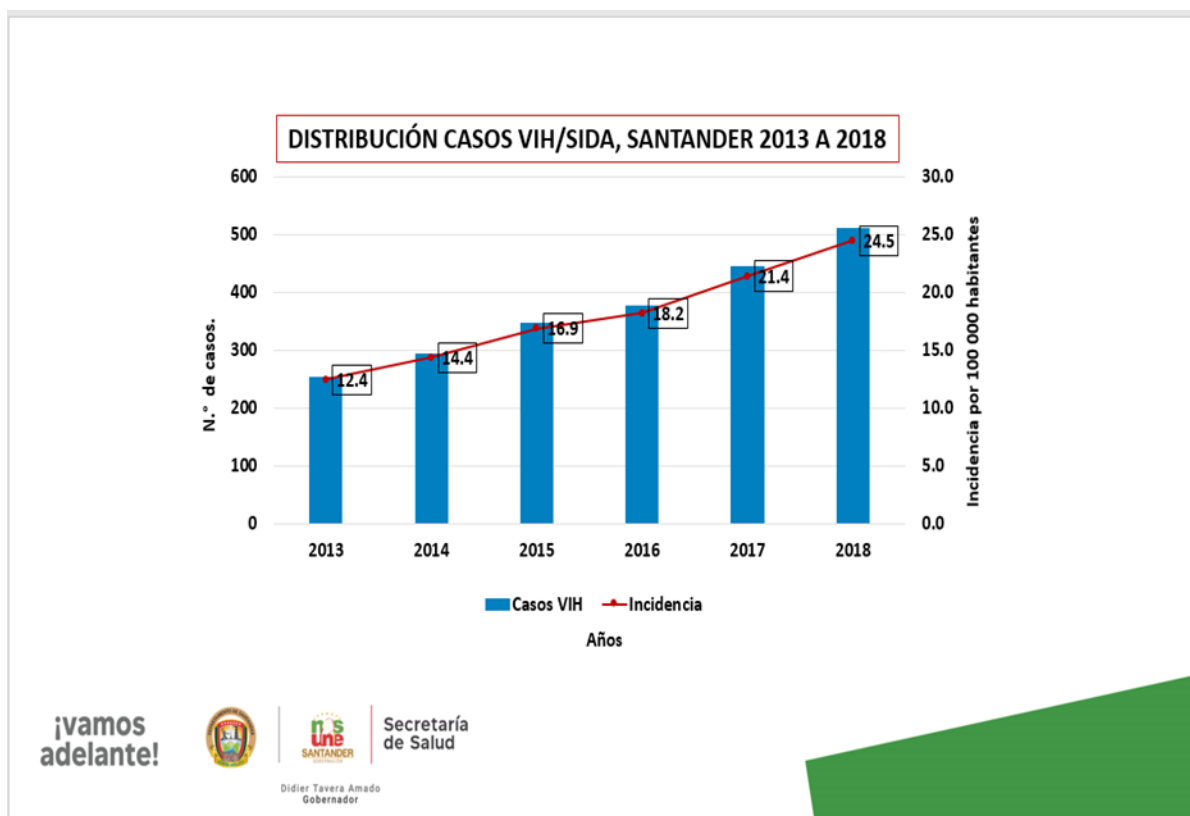
En el Departamento de Santander persisten los casos de mortalidad por SIDA, aun cuando se trata de una infección que, diagnosticada tempranamente, tiene la posibilidad de ser controlada, permitiendo que las personas que viven con VIH, con un tratamiento que evita la replicación viral, no pasen de la etapa de infección por VIH a desarrollar SIDA. De acuerdo con lo anterior, es claro, que nadie debería morir por causa del SIDA.

La mortalidad por SIDA afecta a las personas y a la sociedad en general. Tiene el agravante de que la población más afectada se encuentra en edad reproductiva, lo que coincide con ser la población económicamente activa. Muchas de las personas fallecidas, eran el sustento para sus familias quedando esos núcleos familiares, desprotegidos. La ruptura familiar por muerte de uno de sus miembros hace que haya afectación también en estructuras sociales, se acrecienta el número de personas viudas y de niños y niñas huérfanos, a causa del SIDA. Esta información se corrobora en los informes de ONUSIDA y del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, UNICEF, “Los niños y los jóvenes, en un mundo con Sida”, “Niños y niñas – El rostro oculto del Sida” y “La emergencia del Sida”. La epidemia del VIH-SIDA, todavía hoy supone un problema de salud pública a nivel mundial (ONUSIDA, 2016). Más allá de los avances médicos y de algunas mejoras en el tratamiento de la enfermedad, el impacto de la epidemia prevalece en países de los distintos continentes. Así pues, teniendo en cuenta el papel que ciertos factores de riesgo pueden jugar en los diferentes países o culturas, resulta necesario profundizar en su estudio, para adaptar las intervenciones preventivas y evitar el avance de la epidemia.

Colombia cuenta con un sistema de salud, que garantiza la atención integral del VIH, a toda persona diagnosticada. La atención, está incluida en el Plan de Beneficios, en las Empresas Promotoras de Salud, EPS, de régimen contributivo y de régimen subsidiado. En los casos de personas no aseguradas con diagnóstico de VIH, por no estar vinculadas laboralmente, se hace la ruta para ser incluidas en el SISBEN y posteriormente ser afiliadas a una EPS de régimen subsidiado.

Figura 1.

Distribución de casos VIH/SIDA, Santander 2013 a 201



Nota: SIVIGILA – Secretaría de Salud de Santander

Los casos de mortalidad por SIDA en el Departamento de Santander se evidencian en los boletines epidemiológicos, que se emiten semanalmente, por el grupo de Demografía y Salud de la Secretaría de Salud de Santander, que recibe la notificación de este evento, que está incluido en el Sistema de vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA, como uno de los eventos de notificación obligatoria.

En desarrollo del Proyecto del Fondo Mundial de VIH, dentro del cual se encuentra como una de sus cuatro estrategias, la de: “Fortalecimiento de capacidades de atención y acceso universal a la prevención y atención integral en ITS-VIH/ SIDA, con enfoque de vulnerabilidad y coordinación sectorial, transectorial y comunitaria, que involucre a los sectores educativo, cultural, laboral, eclesial y militar”, se han identificado algunas barreras, que pueden estar incidiendo en el aumento de la mortalidad por SIDA y que tienen que ver con las personas, por desconocimiento de los derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS (MINSALUD, 2013).

Si bien, se pide intersectorialidad, para el abordaje de la epidemia, los sectores de educación, cultura, laboral, eclesial y militar no participan realmente en las labores educativas con fines preventivos. El sector salud, es el único que realiza ese tipo de intervenciones y el que recibe el impacto negativo, de la epidemia, por el aumento en el número de casos de infección y por los casos de muerte.

Otra posibilidad, es que como en la etapa de infección, no hay sintomatología asociada al VIH, ésta se presenta solo cuando se ha pasado de la etapa de infección a SIDA, las personas no sienten la necesidad de acceder a tratamiento, por no sentirse enfermas.

En algunas personas hay negación frente al diagnóstico y temor de que el diagnóstico se conozca en su núcleo familiar y social, razón por la cual, tratando de ocultar su condición, no buscan ser atendidos por el sistema de salud. Aún, después de tantos años de conocerse esta

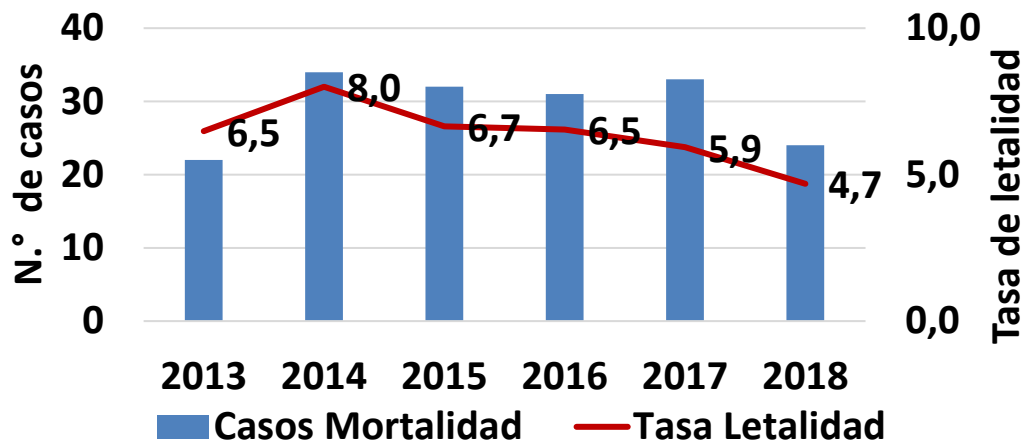
enfermedad se siguen presentando situaciones de estigma y discriminación asociadas a la creencia de que las personas infectadas pertenecen a grupos de población, socialmente discriminados, como los homosexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales y consumidores de drogas. Si bien estas poblaciones son consideradas de alta vulnerabilidad para adquirir la infección por VIH, la infección no discrimina personas por orientación sexual, sexo, raza u ocupación, es decir, cualquier persona, puede infectarse con VIH.

Otras causas pueden ser la presencia de barreras en el sistema de salud, que conllevan a diagnósticos tardíos y también barreras de acceso al aseguramiento, por desconocimiento de los derechos en el SGSSS, de la obligatoriedad en la atención y por demoras en el sistema de salud. Una persona con diagnóstico, sin seguridad social, puede tardar hasta tres meses para lograr acceder a afiliación a una EPS de régimen subsidiado. En el evento de un diagnóstico tardío, esa demora puede terminar en un caso de mortalidad.

Las IPS de atención integral de VIH, en el Departamento de Santander, están ubicadas en su totalidad, en el Municipio de Bucaramanga, una de ellas cuenta con una IPS en el Distrito de Barrancabermeja. Es decir que las personas que viven con VIH o que ya han desarrollado SIDA, deben desplazarse desde los diferentes municipios del Departamento, cada mes, a sus citas de control, a realizarse los laboratorios requeridos para su seguimiento y a recibir los medicamentos necesarios para su tratamiento. Esta situación que no ha sido objeto de análisis puede tener una importancia relevante frente a la falta de adherencia al tratamiento y por consiguiente a que haya casos de mortalidad por SIDA.

Figura 2.

Distribución casos notificados como mortalidad por VIH/SIDA Santander 2013 a 2018



Nota: SIVIGILA- Secretaría de Salud de Santander

Si bien la tabla muestra una tendencia a la disminución de los casos de mortalidad por SIDA en el quinquenio 2013 al 2018, tratándose de una infección, que puede mantenerse en cronicidad, es muy importante desde Salud Pública tomar las medidas necesarias en el marco legal del País, en cuanto a la atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA, para dar respuesta a este evento de salud, con el fin de que disminuyan los casos de muerte por SIDA, en el Departamento de Santander.

2. Justificación

En el Departamento de Santander del 2013 al 2018 ha habido un promedio de 30 casos por año, de mortalidad por SIDA, a pesar de contar con un sistema de salud que garantiza la atención

integral de las personas con diagnóstico de VIH. No se ha realizado un análisis situacional que permita conocer a profundidad, cuáles son las causas que pueden estar incidiendo para que haya mortalidad por SIDA. (Boletines epidemiológicos SIVIGILA, Secretaría de Salud de Santander).

La atención integral de las personas que viven con VIH está garantizada desde la misma Constitución Política de Colombia (1991) en su artículo 49:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

Si bien en Colombia, no hay Programa Nacional de VIH, las acciones de Promoción, Prevención y Atención en VIH están normadas desde el año 1.997, en el Decreto 1543, que reglamentó la atención de las ETS, enfermedades de transmisión sexual, hoy denominadas Infecciones de Transmisión Sexual, ITS y el VIH, en Colombia.

Existe una Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, que contempla las acciones de Promoción, Prevención y atención, de las ITS/VIH/SIDA. En el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, en una de sus líneas de acción está el VIH/SIDA, teniendo en cuenta las poblaciones clave, que son las más afectadas por la epidemia, a saber: hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transexuales, población privada de la libertad, consumidores de drogas inyectables, trabajadoras y trabajadores sexuales y habitantes de calle (MINSALUD, 2013).

De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social elabora anualmente el Plan Nacional de respuesta a las ITS/VIH/SIDA y Hepatitis virales y exige que las Direcciones Territoriales de Salud, elaboren el Plan de respuesta Departamental.

En el nuevo modelo de atención integral en salud, MIAS, dentro del cual se establecieron la Rutas Integrales de atención en salud, RIAS, en la ruta de Promoción y mantenimiento de la salud, que es de obligatorio cumplimiento, se incluyeron las acciones de detección temprana, o diagnóstico oportuno y la canalización hacia la atención integral de todas las personas con diagnóstico de VIH. También se está terminando de elaborar la Ruta de VIH ((MINSALUD, 2018).

Como se mencionó anteriormente, hay respuesta desde el Ministerio de Salud y Protección Social para abordar la epidemia. Si bien los grupos de líderes y activistas de sociedad civil reclaman al Ministerio de Salud y Protección Social, por no tener un Programa Nacional de VIH, se encuentra un amplio marco legal que es de obligatorio cumplimiento para las EPS, IPS y en general para todas las Instituciones, que hacen parte del Sistema general de Seguridad Social en Salud.

Frente a este panorama, teniendo un sistema de Salud que garantiza la inclusión de acciones de Promoción, Prevención y Atención, que da respuesta a la epidemia, con una infección crónica, no se entiende porque persisten los casos de mortalidad por SIDA.

Para tener una aproximación a la realidad, es necesario analizar las posibles causas por las cuales hay casos de mortalidad por SIDA, en el Departamento de Santander, información que servirá como insumo para el diseño de una estrategia que promueva la adherencia al tratamiento de las personas recién diagnosticadas, con VIH. Es decir que se espera que, con el diseño de la Estrategia, se aporte a las acciones que se vienen desarrollando, y se logre el resultado esperado, de mejorar la adherencia al tratamiento, para la disminución de la mortalidad por SIDA, en Santander.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Diseñar una estrategia que promueva la adherencia al tratamiento de las personas recién diagnosticadas con VIH en su primer año, en el Municipio de Bucaramanga.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar las causas de la no adherencia al tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA
- Hacer una revisión bibliográfica sobre los estudios de adherencia, que se hayan realizado en Colombia y en otros Países

4. Marco de Referencia

La adherencia al tratamiento se constituye en uno de los mayores retos en el sistema de salud para el logro de los objetivos propuestos con las terapias y tratamientos, cuyo fin último es la mejoría del individuo o el logro del control sobre una patología que no tenga cura, para evitar su progresión. En cierto tipo de enfermedades o infecciones, la adherencia al tratamiento garantiza el bienestar de las personas afectadas, que, si bien no podrán curarse, si pueden tener una mejor calidad de vida con una enfermedad crónica, que puede ser controlada.

El reto para el sistema de salud consiste en que no solo deben controlarse todos los factores que desde las instituciones de salud, puedan ocasionar inadherencia, tales como falta de oportunidad en la atención, demoras en el suministro de medicamentos, demoras en trámites administrativos para el acceso a la atención, caso concreto en Colombia, cuando se diagnostican personas que no están afiliadas al sistema general de seguridad social en salud, al igual que cuando ocurren abordajes iniciales de información del diagnóstico, por profesionales de la salud, con poco entrenamiento para realizar una buena asesoría, que sirva de enganche del paciente al sistema de salud.

La relación de confianza entre el paciente y el equipo de atención integral en salud es muy importante para motivar a la adherencia. Que el paciente sienta confianza con su equipo de salud, que pueda preguntar y despejar todas las dudas frente a su tratamiento, es un apoyo definitivo para la aceptación tanto de la infección, como de su tratamiento. El Equipo de Salud, según la Guía de práctica Clínica de VIH, en adolescentes y adultos de Colombia, debe contar con Profesionales de Medicina, Infectología, Enfermería, Psicología, Trabajo Social, Nutrición y el TEC, que en el

Modelo de Atención en Colombia, es un trabajador de la salud, encargado de asesorar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, es quien debe buscar la optimización del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente y facilitar su adopción de los esquemas definidos.

También la adherencia es un reto desde el individuo, porque del seguimiento de las recomendaciones de su equipo de salud, frente a su tratamiento, depende ser adherente y por ende obtener los resultados esperados con la terapia antirretroviral. Lo que su equipo de salud recomienda, tiene que ver con un ajuste y cambios en su vida rutinaria, en cuanto al cumplimiento de horarios en la toma de medicamentos, evitar los olvidos en la ingesta de medicamentos, asumir las conductas de autocuidado, como son el evitar consumo de cigarrillo, sustancias psicoactivas o alcohol, el dormir bien, el alimentarse bien, el evitar comidas compradas en la calle, el tener una rutina de ejercicio diario y el protegerse usando condón en todas sus relaciones sexuales, para evitar una reinfección con VIH o evitar adquirir otras infecciones de transmisión sexual, que puedan complicar su condición de salud. Estos aspectos por cambiar en las personas viviendo con VIH, es lo que se ha denominado, adherencia no farmacológica. El lograr adaptarse a tantos cambios, también encuentra barreras en los efectos adversos que pueden ocasionar los medicamentos con el inicio de la terapia. Si bien no todos los pacientes refieren esas molestias con el tratamiento, hay personas cuyas reacciones a los medicamentos son tan fuertes que su adaptación, se hace muy difícil.

“Pero las nuevas terapias no se tratan sólo de drogas, de interacciones entre drogas y sus efectos sobre la replicación viral y la situación inmunológica de las Personas viviendo con VIH/SIDA, PVVS. Estas nuevas tecnologías biomédicas comprometen las perspectivas futuras y reorganizan la experiencia a la vez social y biológica de vivir con el virus por parte de los afectados.

En muchos casos las consecuencias adversas, a menudo inesperadas, impactan de manera compleja en las experiencias y las subjetividades (Persson y Newman, 2006; también Persson et ál., 2003”. VIH - SIDA y “adherencia” al tratamiento. Enfoques y perspectivas. Antípoda N0 3 julio - diciembre de 2006).

Los estudios de adherencia coinciden en las mismas causas para que no haya adherencia, tales como efectos secundarios, el temor al estigma y la discriminación, por parte de sus familias y amigos, el acostumbrarse a cambios en hábitos de autocuidado, pero también el acostumbrarse a tomar medicamentos y a cumplir horarios. En el ámbito laboral, también se dificulta la ingesta de medicamentos, por temor a que sus compañeros descubran que se encuentra en un tratamiento. Otro factor que influye en la no adherencia a tratamientos antirretrovirales es el cambiar el tratamiento farmacológico, por tratamiento con medicinas alternativas y la espera en la curación milagrosa, por creencias religiosas.

Para el sistema de salud, las personas con VIH, que sean adherentes al tratamiento y que tengan cargas virales indetectables o suprimidas, son la mejor opción, para evitar nuevas infecciones. Por lo tanto, la recomendación es hacer diagnósticos oportunos, suministrar tratamiento a todas las personas que se diagnostiquen con VIH y propender con el acompañamiento necesario, por parte de su equipo de salud, a la adherencia, para que sus cargas virales, sean suprimidas o indetectables.

Se encuentra en algunos estudios que hay otros factores que influyen en la adherencia, tales como aceptación de su estado de salud, el estado emocional y psicológico de las personas, el contar con redes de apoyo familiares y sociales. También hay variables sociodemográficas como el nivel de escolaridad, la edad, la estabilidad laboral y la estabilidad en el hogar. Las personas

consumidoras de sustancias psicoactivas y alcohol son menos adherentes, que las no consumidoras.

Otro factor importante relacionado con la adherencia tiene que ver con el grado de conocimiento que tengan las personas, relacionado con la infección por VIH/SIDA. A mayor comprensión de la situación de salud, del proceso del VIH en el organismo y de la importancia de los tratamientos antirretrovirales, hay mayor posibilidad de que las personas, sean adherentes. Igualmente sucede cuando las personas tienen un buen nivel de conocimiento sobre la acción y el uso de los medicamentos, hay mayor nivel de satisfacción, lo que facilita la adherencia. Se reitera que la relación médico, paciente y una buena relación con el resto del equipo de salud, son determinantes, para que las personas sean adherentes.

5. Marco Conceptual

Los primeros casos de Sida en el mundo se conocieron en 1.981. El descubrimiento del SIDA se da cuando médicos estadounidenses empezaron a observar que había grupos de pacientes con enfermedades poco comunes. Los primeros casos conocidos, se detectaron en hombres homosexuales en Nueva York y Los ángeles, California. Estas personas padecían enfermedades como el sarcoma de Kaposi, un tipo raro de cáncer de piel, así como un tipo de infección pulmonar poco común en población joven. Inicialmente en noticias periodísticas y por haberse conocido en población de homosexuales, se mencionaba como la aparición de un “tipo de cáncer Gay”, en inglés: “Gay- related immune deficiency”, llamado también, cáncer rosa.

Esa fue la oportunidad perfecta para que se empezara a ejercer discriminación hacia los homosexuales. Algunos grupos religiosos, empezaron a asociar al SIDA, con “un castigo de Dios, por el pecado de la homosexualidad”.

Posteriormente se encontró que había personas que no eran homosexuales y tenían las mismas afectaciones en su salud, encontrándose que algunos eran consumidores de drogas por vía intravenosa, otros, hemofílicos que habían sido receptores de transfusiones de sangre. Igualmente se encontraron varios casos en inmigrantes haitianos. En ese momento pasó a conocerse como la enfermedad de las cuatro H: homosexuales, haitianos, hemofílicos y heroinómanos. En 1982 se le dio nombre a esta enfermedad, denominándola síndrome de inmunodeficiencia adquirida, con el fin de no hacer referencia, a ningún grupo poblacional, sino a describir las características de la enfermedad. En 1984, se identificó que el SIDA, era causado por un retrovirus, al que se denominó virus de Inmunodeficiencia humana, VIH.

La evolución de la enfermedad mostró que el SIDA no es propio de ciertos grupos poblacionales, mal llamados en su momento, “de riesgo”. Se establecieron claramente, cuáles son los mecanismos de transmisión, encontrándose tres, la vía sexual, la vía sanguínea y la transmisión perinatal o vertical, infección que se transmite de una mujer embarazada, que tenga VIH a su hijo por nacer. De acuerdo con los mecanismos de transmisión, cualquier persona puede adquirir la infección por VIH. Los avances sobre esta pandemia muestran que el riesgo de infección disminuye en las relaciones sexuales protegidas con el uso del condón, por no compartir jeringas u objetos en los que pueda haber contacto con sangre y con la garantía de que la sangre para ser transfundida haya sido examinada para VIH. Actualmente los bancos de sangre tienen un control muy exhaustivo con la sangre recibida de los donantes y se realiza una encuesta de autoexclusión, previo a la donación, para que las personas que encuentren que han tenido factores de riesgo para

adquirir VIH, se abstengan de donar sangre. En el caso de las gestantes con VIH, existe una estrategia para reducir la transmisión de madre a hijo. En Colombia es de obligatorio cumplimiento ofertar las pruebas a las gestantes durante el control prenatal, acompañado previamente, por un proceso de asesoría. De ser positiva la prueba, las gestantes tienen la posibilidad de recibir tratamiento para evitar que el bebé se infecte. De igual manera, durante el parto y después del nacimiento, al bebé, se le suministran medicamentos profilácticos, para evitar la infección y se recomienda no lactar al recién nacido.

Se cree que el SIDA se originó en África, donde monos y simios albergan un virus similar al VIH llamado SIV (virus de inmunodeficiencia en simios). Los científicos consideran que la enfermedad llegó inicialmente a los seres humanos a través de chimpancés salvajes que viven en África central. Pero sigue siendo una incógnita cómo pudo la enfermedad cruzar la barrera de las especies. La teoría más extendida es la de que se contrajo a partir de personas que cazaron o comieron chimpancés infectados. Los investigadores sitúan el origen del virus en humanos alrededor de 1930 basándose en cálculos científicos sobre el tiempo que tardarían las distintas cepas del VIH en evolucionar.

En la actualidad, el SIDA es una pandemia, porque que afecta a todos los países del mundo. Las cifras de ONUSIDA indican que desde el comienzo de la epidemia y a fines del 2019, 75.7 millones de personas contrajeron la infección por el VIH. De esa población, 32.7 millones han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA y 25.4 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretrovírica. Como se observa, existe una brecha entre el número de personas infectadas y el número de personas, que tienen acceso a tratamiento. Si bien no hay tratamiento curativo, el acceder a la terapia antirretroviral, mejora las condiciones de salud, manteniendo a las

personas en cronicidad, lo que impide la replicación viral, el progreso de la enfermedad y la muerte.

La región más afectada por la enfermedad es el África subsahariana donde se registran dos tercios de los casos totales de VIH y casi el 75 por ciento de muertes de SIDA. Las tasas de infección varían, pero son los países del sur de África los más afectados. En Sudáfrica se estima que el 29 por ciento de las mujeres embarazadas tienen el VIH. La tasa de infección en la población adulta de Zimbabue es superior al 20 por ciento mientras que en Suazilandia un tercio de la población adulta es seropositivo. Entre las causas principales de esta pesadilla del SIDA en África se han resaltado la pobreza, el tener múltiples parejas sexuales y unos sistemas sanitarios y educativos inadecuados. Reuters, ONUSIDA.

En la actualidad, Colombia cumple con los indicadores para la población entre los 15 y los 49 años porque menos de una persona por cada cien (0.59%) vive con el virus del VIH/Sida.

La epidemia en Colombia es una epidemia concentrada, el VIH se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones, pero aún no se ha extendido entre la población general. Para Colombia las prevalencias más altas son en hombres que tienen sexo con hombres y en trabajadoras y trabajadores sexuales. Su prevalencia es superior al 5% en las subpoblaciones e inferior al 1% en la población general.

Hoy, las personas que viven con VIH tienen una vida más prolongada y las muertes relacionadas con el Sida están descendiendo, gracias a la ampliación del tratamiento. Además, con la mejoría en el acceso a las terapias se han conseguido beneficios paralelos a la hora de detener nuevas infecciones.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia hasta enero de 2019, se reportaron 109.056 personas contagiadas con VIH, entre los que se destacan 10.930

casos nuevos, evidenciando un aumento del 6,57% con respecto al año anterior cuando se registraron 10 mil 256 casos.

Las regiones de Latinoamérica y el Caribe han marcado ambiciosas metas para ampliar los servicios de pruebas y tratamiento del VIH para 2020, y de esta forma reducir el número de nuevas infecciones por el VIH, el diagnóstico tardío y las muertes relacionadas con el sida, así como mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH.

Las metas fueron adoptadas durante el I Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención al VIH que se celebró en la Ciudad de México, México en mayo de 2014, organizado por ONUSIDA y OPS/OMS. Estas metas incluyen aumentar al 90% la proporción de personas que viven con el VIH y conocen su diagnóstico, aumentar al 90% la proporción de personas que conocen su diagnóstico y reciben tratamiento antirretrovírico y aumentar al 90% la proporción de personas en tratamiento contra el VIH que poseen un nivel de carga vírica indetectable. Una cuarta meta acordada buscará reducir los diagnósticos tardíos.

A la fecha en Colombia, el panorama para alcanzar las cifras de personas necesarias para cumplir los 90-90-90 en el año 2020 es el siguiente: 67% de personas conocen su diagnóstico, 54% de los diagnosticados reciben terapia y de estos el 47% cuentan con carga viral suprimida. El principal reto al que nos enfrentamos es apuntar a la reducción de las brechas en el diagnóstico temprano. (MINSALUD, 2017).

6. Consideraciones Éticas

Se cumplió durante el proceso de intervención con los requerimientos contemplados en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia(MINSALUD,1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, dado que en la primera fase de la propuesta se requería recolectar información de personas viviendo con VIH y aunque la información requerida no representaba ningún riesgo para esta población me regí bajo los principios bioéticos teniendo en cuenta que en el desarrollo del trabajo de aplicación era necesario contar con la participación tanto de los equipos de salud, como de personas viviendo con VIH/SIDA. Los criterios de inclusión de las personas viviendo con VIH para participar de la entrevista, fueron que tuvieran mayoría de edad, que se encontraran en tratamiento y que residieran en el área metropolitana de Bucaramanga.

De igual forma como estudiante de la maestría cumplí fielmente con lo contemplado en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 donde se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

De acuerdo con lo expuesto se tuvieron en cuenta los siguientes principios de la bioética, (Congreso de la República de Colombia, 2012):

1. **La Autonomía;** entendida como la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar, por eso todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la Protección. Teniendo en cuenta estos postulados las personas participantes decidirán autónomamente su voluntad de compartir información personal.

2. **Beneficencia;** “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento, no está penado legalmente. La propuesta en todo momento ha sido pensada con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de las personas con VIH/SIDA, y más allá de eso, contribuir a la calidad de vida de ellas y sus familias.

3. **No-Maleficencia:** Es el *primun non nocere*. No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no producir dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley. La propuesta no podría en ningún momento causarle mal a las personas con VIH/SIDA, porque su intención precisamente es evitar sufrimientos que no deben padecer.

4. **Justicia:** Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado. La claridad que ha motivado esta propuesta de intervención tiene que ver con incentivar que las actuaciones de las personas tanto de la familia como del personal de salud que tengan que ver con la población en mención sean justas y no discriminatorias.

7. Metodología

El eje central de este trabajo de aplicación, se basó en hacer una revisión bibliográfica, recolección y análisis de información de equipos de salud de las IPS de atención integral de VIH y de personas

viviendo con VIH o con sida, que permitió identificar las posibles causas que inciden en que haya casos de mortalidad por sida, teniendo como hipótesis que puede haber múltiples factores, en aspectos sociales, económicos, familiares, del sistema de salud, emocionales, que afectan e impiden la adherencia efectiva al tratamiento antirretroviral.

La participación de las personas con Terapia Antirretroviral, así como de los equipos de salud que les brindan atención y otros actores de salud ubicados en áreas administrativas, de EPS y Secretarías Departamental y locales de salud, aportaron información que permitió identificar problemas, necesidades, definir prioridades, proponer y formular soluciones para mejorar la adherencia al TAR.

Los aportes de estos actores permitieron entender cómo se da la relación entre equipos de salud y personas en tratamiento, inmersos en un sistema de salud, que, si bien tiene como fin la garantía de atención con calidad, también puede en un momento dado constituirse en una barrera, para las personas sujeto de su atención. De igual manera, la adherencia al tratamiento tiene un componente individual, de mucho peso, que puede ser afectado por la relación con su equipo de salud y por otros factores que no se conocían y que fueron objeto del estudio, lo cual permitió develarlos. Desde esta perspectiva se conoció el valor que su condición de salud tiene para las personas, el sistema de creencias y significados que giran en torno de éste, la idea que una persona con VIH tiene acerca de esta infección y la forma de relacionarse con su grupo familiar y social. Se obtuvo información para tener claridad sobre las acciones a formular en el plan de intervención, para personas recién diagnosticadas, durante el primer año de atención. Para lograrlo se revisaron los datos epidemiológicos oficiales y se indagó sobre la propia percepción que tienen las personas que viven con VIH/SIDA y la interpretación de su realidad.

La metodología fue participativa, en la que se dio la oportunidad de interactuar con actores del sector de la salud, de las áreas administrativa, asistencial y de rectoría en salud, que realizan acciones de inspección, vigilancia y control. De igual manera, hubo interacción con personas viviendo con VIH, que tienen mucho que aportar de su propia experiencia. De ellas se seleccionaron personas que llevaban más de un año de diagnóstico y tratamiento, para que narraran su experiencia, en ese período de tiempo y a personas recién diagnosticadas, que se encontraban dentro del primer año de conocer su diagnóstico y de iniciar TAR.

Se recolectó información estadística y epidemiológica, para las fases de planeación y análisis. Se acudió a la revisión de la cuenta de alto costo, CAT, en la que se consolida a nivel nacional la información de la atención en sida, por parte de las EPS y su red de prestación de servicios. Se revisaron los indicadores de alerta temprana, IAT, que se usan para medir farmacoresistencia y que sirven para medir la calidad de los programas en cumplimiento de guías de atención y en oportunidad en la prestación de la atención. Se hizo revisión de información bibliográfica y se realizaron entrevistas a Profesionales de la Salud, de IPS de atención integral de VIH y personas viviendo con VIH/SIDA.

7.1 Fase 1: Revisión de información disponible, relacionada con el tema de adherencia en general y de adherencia en VIH/SIDA.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema de adherencia, en el que se revisaron 23 estudios, algunos de ellos realizados en Colombia y otros en diferentes Países.

En general, en los estudios revisados, se reconoce que la adherencia es muy importante para evitar fracasos terapéuticos, resistencias y disminuir comorbilidades, que pueden ocasionar

la muerte. También es coincidente el que la falta de adherencia tiene que ver con factores tanto del sistema de salud, como del individuo.

Se sugiere que, en las instituciones prestadoras de servicios de salud, debería haber instrumentos que les permitan desarrollar un sistema de monitoreo permanente, que disponga de alarmas, para identificar oportunamente las fallas de los pacientes en cuanto al retiro oportuno de medicamentos y la asistencia a las citas médicas.

Otro aspecto importante es el que los equipos de salud deben estar suficientemente capacitados y entrenados para ser un apoyo a las personas que viven con VIH, lo que les facilite lograr ser adherentes. El equipo de salud debe ser cálido en el trato y procurar siempre, el generar lazos de confianza. Igualmente, los profesionales de la salud deben tener un proceso permanente de comunicación, entre ellos, como equipo, en el que se revisen las situaciones que pueden estar presentándose, en las personas que ellos atienden, de tipo social, económico, familiar y laboral, que les estén afectando, convirtiéndose en impedimento para lograr ser adherentes.

Un aspecto que se menciona en todos los estudios es el de estar atentos, con la salud mental de las personas que viven con VIH. Muchas de estas personas sufren de depresión y si no son diagnosticadas y tratadas, esto puede constituirse en una barrera, que les puede ocasionar pérdida de interés para seguir el tratamiento. De igual manera, deben estar atentos al consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, que también son factores desencadenantes en la falta de adherencia.

Se menciona que son más adherentes las personas que tienen un domicilio fijo, buen soporte social y familiar y una buena calidad de vida.

En varios de los estudios, se hace referencia, a que el no cumplimiento en los horarios de toma de los medicamentos afecta la adherencia, al igual que el sentir los efectos adversos, con la ingesta de medicamentos. Otro factor es el uso del lenguaje. Se recomienda en el documento

“Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica, de la Organización Panamericana de la Salud OPS”, no utilizar en la educación a las personas que viven con VIH, la expresión: “el tratamiento es de por vida”. Se sugiere utilizar frases como, hasta el momento, o a la fecha, se recomienda el tratamiento ininterrumpido para el VIH, esto, porque decir de por vida, se siente como una sentencia.

Otro factor relevante de acuerdo con la revisión de los estudios es que es muy importante el que las personas viviendo con VIH, conozcan y entiendan claramente todo lo relacionado con la infección por VIH. El equipo de atención integral debe contar con habilidades de comunicación, cuyo objetivo sea que el paciente conozca toda la información sobre los medicamentos, la importancia de acudir a las citas médicas, el recibir oportunamente los medicamentos para no interrumpir su tratamiento, la importancia del cumplimiento de los horarios de toma de medicamentos y el permitir la valoración por todos los profesionales que hacen parte del equipo de atención integral.

En un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, de adherencia realizado en Chile, con mujeres, se encontró que para ellas el VIH está asociado a grupos poblacionales socialmente estigmatizados, como trabajadoras sexuales, consumidores de drogas, homosexuales, o personas con múltiples parejas sexuales. De igual manera, asocian el VIH, con muerte física y social, estigma y discriminación. En estas mujeres la percepción del riesgo de adquirir el VIH fue muy baja, el estudio dice textualmente, baja o nula, por no hacer parte de los grupos, considerados “de riesgo”.

Las mujeres que al momento del diagnóstico tenían pareja, decidieron continuar con la relación a pesar de que hubiera problemas por el diagnóstico, por consumo de sustancias psicoactivas y alcohol o ser víctimas de violencia física o sexual. Las mujeres que al momento del

diagnóstico no tenían pareja, manifestaron dificultad para conseguirla, por temor a ser rechazadas y discriminadas. Se sienten limitadas para formar pareja, para tener amistades y vida social. Sienten miedo al rechazo y a generar sentimientos de lástima.

En general, las mujeres manifestaron sentirse acogidas, escuchadas y sentir confianza con el equipo de salud. Consideran que la información recibida del proceso de su enfermedad no es suficiente. Valoran que se les garantice la confidencialidad, pero sugieren que haya más privacidad en las salas de espera y en los servicios de hospitalización.

El estudio dice que fue habitual la presencia de trastornos depresivos y de ansiedad. También refiere que las mujeres no adherentes abandonan la terapia por los efectos secundarios de los medicamentos. Se encontró también que hubo intentos de suicidio y consumo problemático de alcohol, posterior al diagnóstico.

Algunas de las mujeres si cuentan con apoyo de pareja, familia o hijos. Las que cuentan con apoyo han comunicado más fácilmente el diagnóstico a su familia y amigos. Las mujeres adherentes al tratamiento manifiestan hacerlo por su cuidado y por la responsabilidad que tienen para cuidar a su familia.

En el estudio adherencia al tratamiento y autoeficacia en hombres con VIH/SIDA de la ciudad de Cali realizado por la facultad de humanidades y ciencias sociales de la Pontificia Universidad Javeriana, realizado con 26 hombres, se aplicaron dos cuestionarios, uno de adherencia al tratamiento farmacológico y otro de autoeficacia. Del total, el 57,69% indicó un nivel de adherencia farmacológica. La segunda encuesta medía la adherencia no farmacológica, relacionada esta, con la asistencia a las citas, realización de laboratorios solicitados por el médico, realización de actividad física, hábitos alimenticios saludables, consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y cigarrillo, solo el 15.38% se encontraron adherentes.

En el Documento de Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica, de la Organización Panamericana de la Salud OPS, se encuentran datos como que los adultos mayores logran mejor adherencia al tratamiento, por la percepción de beneficios y porque no encuentran barreras para acceder al tratamiento. El contar con apoyo familiar y social y personas significativas en su vida les motiva a seguir su tratamiento.

Destacan la importancia del profesional de enfermería en cuanto a la educación que debe brindarse a los usuarios, relacionada con el tratamiento, beneficios, efectos secundarios y la importancia de mantener la adherencia al tratamiento. Se recomienda fomentar la creación de redes de apoyo, y actividades que les permitan mantener o mejorar la salud mental.

En Bolivia, se realizó una experiencia de adherencia al tratamiento antirretroviral, a través de la aplicación de una Guía de Educación Terapéutica. Como resultado, se evidenció que en las personas que participaron, aumentó su nivel de conocimiento en 45.4%, el apoyo familiar, se incrementó en un 52.4% en las personas que no tenían suficiente apoyo, esto conllevó a mejorar su estado clínico y a disminuir los efectos adversos.

En el estudio de Medición de la Adherencia a la Terapia Antirretroviral (TAR) de Personas con VIH de la red de Hospitales del Ministerio de salud de El Salvador, se encontró que es necesario fortalecer las acciones educativas con los pacientes, estar atentos a su situación de salud mental, analizar la situación social de los pacientes para redireccionarlos a programas sociales, de así requerirlo. Proponen la realización de auditorías a los sitios de suministro de medicamentos, para evitar las demoras en la entrega de estos.

De la revisión de estos estudios, se concluye, que el abordaje de las personas que viven con VIH, para lograr una buena adherencia al tratamiento, no puede tener una sola mirada. El individuo debe ser visto como un todo en sus aspectos biológicos, tanto en el proceso de la infección por

VIH, como en sus aspectos emocionales y de salud mental. De igual manera, es muy importante tener en cuenta otros aspectos: sociales, económicos, familiares, laborales, la interacción con las demás personas, con su pareja, si la tienen y sus redes de apoyo, como parte del proceso de atención. El equipo de salud también juega un papel muy importante en la aceptación y comprensión de su situación. La interacción con otras personas que llevan más tiempo diagnosticadas y en tratamiento, puede ser un apoyo importante, por su experiencia, para las personas recién diagnosticadas.

7.2 Fase 2: Recolección y análisis de la información con profesionales de salud de programas de atención integral de VIH y personas con diagnóstico de VIH/SIDA.

En el marco de la realización del trabajo de aplicación, se realizó el análisis de la información recolectada desde dos perspectivas: cuantitativa y cualitativa, de manera que los hallazgos fueran complementarios entre sí. En el presente documento se detalla la metodología utilizada para llevar a cabo cada uno de ellos, así como los resultados obtenidos. Inicialmente, se describirá el abordaje cuantitativo y posteriormente, el cualitativo.

Brevemente, en el análisis cuantitativo se utilizó la estadística descriptiva (métodos numéricos y gráficos) para detallar las características de algunos casos de muerte debida a VIH/SIDA en el período de 2017-18 en Santander. Por otra parte, en el componente cualitativo se implementaron la revisión documental y rastreo desde fuentes secundarias, y la aplicación de entrevistas a funcionarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, (IPS) de atención integral de VIH y a personas viviendo con VIH, para dar respuesta al objeto de investigación.

Se realizó la revisión de las unidades de análisis correspondientes a los casos de mortalidad por VIH/SIDA ocurridas en el Departamento de Santander entre los años 2017 y 2018. Las unidades de análisis son la metodología utilizada por el Sector Salud, para la caracterización de las condiciones en las cuales ocurrió la defunción, con el fin de plantear acciones de mejoramiento que permitan prevenir, mitigar y eliminar la morbilidad o la mortalidad relacionada con eventos de interés en salud pública. A grandes rasgos, dichos documentos presentan la información sociodemográfica básica de la persona fallecida, un resumen de la atención ambulatoria u hospitalaria hasta el momento de la muerte, el análisis de demoras, un análisis breve del caso y el plan de mejora o compromisos. Con respecto a las unidades de análisis, en total, se pudieron revisar 19.

Para construir la base de datos se consignaron datos sociodemográficos básicos y relacionados con la causa de muerte, información sobre determinantes de la salud y el análisis de demoras.

También se usó la entrevista según Janesick 1998 citado en (Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptista Lucio, 2006) a “través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema”; específicamente se usó la entrevista semiestructurada con una guía de preguntas previamente definidas y abiertas, donde la secuencia y formulación varió en función de las entrevistadas.

Por lo anterior, se aplicaron y tomaron cinco (5) entrevistas realizadas a funcionarios (Trabajo Social, Psicóloga, Enfermera y Médico) vinculados a instituciones prestadoras de servicios a pacientes con VIH/SIDA, las entrevistas se realizaron con el propósito de tener elementos de contraste. (Más allá del dilema de los métodos. Bonilla Castro & Rodríguez Sehk).

De igual manera, se entrevistaron cinco personas que viven con VIH con el fin de conocer su percepción frente a la adherencia al tratamiento y las posibles causas para la no adherencia.

Se analizaron los discursos producidos en las entrevistas. Por razones de confidencialidad de la información, las entrevistas fueron transcritas al personal de Salud, bajo los códigos (C1, C2, C3, C4, C5), para no poner en riesgo la identidad de los funcionarios que autorizaron el uso de la información a través del consentimiento informado. Lo mismo se hizo con las personas viviendo con VIH, bajo los códigos (P1, P2, P3, P4 y P5).

Resultados

Como se mencionó previamente, se recopilamos 19 unidades de análisis, de las cuales 11 correspondieron a muertes en el 2017 y los 8 restantes, al 2018. Se encontró que de las personas fallecidas, el 73.68% eran hombres, el 57.89%, procedían de Bucaramanga, el 52.63% laboraban, el 63.16%, de los casos no tuvieron registro explícito en la unidad de análisis de que perteneciera a algún grupo especial y la media de edad, fue de 38.05 años. La tabla 1 muestra los grupos especiales encontrados y su frecuencia de presentación.

Figura 3.

Distribución de casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander según la procedencia, 2017-2018

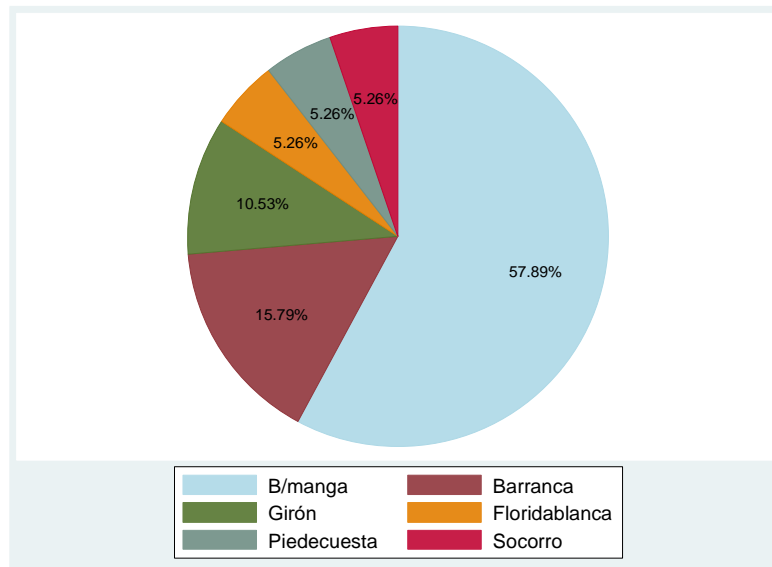


Tabla 1.

Distribución de los individuos de acuerdo con su pertenencia a grupos especiales

Grupos especiales	n (%)
	n= 19
Ninguno	12 (63.16)
Hombres que tienen sexo con hombres	4 (21.05)
Desplazamiento forzado	1 (5.26)
Privación de la libertad	1 (5.26)
Población psiquiátrica	2 (10.53)
Trabajo sexual	1 (5.26)
Gestantes	1 (5.26)

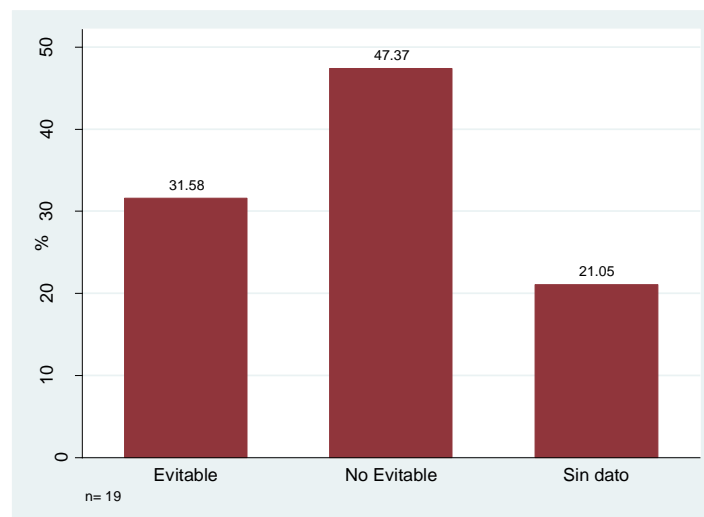
Los valores absolutos y los porcentajes no suman 100% porque las categorías no fueron mutuamente excluyentes entre sí, es decir, cada persona podía pertenecer a más de un grupo.

Por otra parte, las infecciones oportunistas fueron la causa de muerte en el 68.42% de los documentos revisados, mientras que en los restantes (seis archivos) no especificaban dicha

información. Es decir, las infecciones oportunistas causaron el 100% de muertes en aquellas unidades de análisis en donde sí se especificaba la causa de muerte. Además, se evidenció que el 47.37% de los casos de mortalidad se categorizaron como No Evitables, mientras que solo el 31.58%, se clasificaron como evitables, el resto de las unidades no reportaban la clasificación del caso.

Figura 4.

Clasificación de los casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018



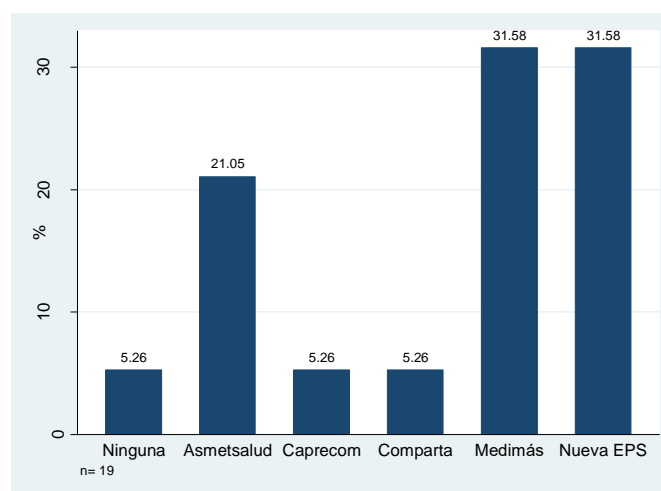
Por otra parte, el foco infeccioso se documentó en 13 de las 19 unidades analizadas, en los 6 restantes, no hubo dato al respecto. Dentro de los casos en donde hubo reporte del foco infeccioso, los más frecuentemente documentados fueron el pulmonar, presentándose en el 38.46% de los casos, el cerebral, en el 30.77% y el abdominal, en el 15.38% de las muertes. Adicionalmente, se encontró afectación en foco pélvico y mixto tanto pulmonar, como abdominal, siendo cada uno de estos la localización de la infección en 7.69% de las muertes.

En cuanto a los microorganismos aislados, solo se pudieron identificar patógenos en 7 de las 13 unidades donde se documentó infección, encontrándose que la tuberculosis pulmonar se registró en 3 individuos, así como un caso de criptococosis cerebral, un caso de infección por citomegalovirus a nivel abdominal, un caso de infección pélvica por *Staphylococcus áureos* y un caso de tuberculosis extrapulmonar identificado por reporte de necropsia, aunque no especifican foco. Además, hubo coinfección por *Klebsiella pneumoniae* en dos de los casos de tuberculosis pulmonar.

Con respecto a los datos administrativos, la mayoría de los casos pertenecían a las EPS Medimás y Nueva EPS, cada una aportando el 31.58% de los casos; asimismo, el 73.68% de los fallecidos pertenecían al régimen subsidiado, también llamó la atención que hubo un paciente que no tenía aseguramiento en salud y la mayoría de las unidades de análisis fueron aportadas por el HUS¹. La información completa a este respecto se muestra en las gráficas 3 y 4.

Figura 5.

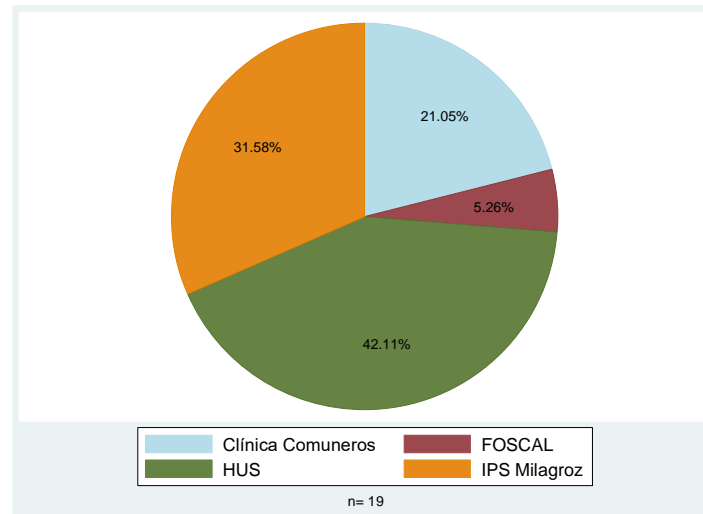
Distribución de casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander según su EPS, 2017-2018



¹ Hospital Universitario de Santander

Figura 6.

Distribución de casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander según la institución que aportó la unidad de análisis, 2017-2018



En relación con los determinantes de la salud, se crearon cuatro categorías de análisis con base en lo descrito en la Metodología General – Unidad de Análisis De Casos Especiales, de forma que se evaluaron los factores económicos, los psicosociales, los biológicos y conductuales y los relacionados con el sistema de salud.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud los determinantes sociales de la salud (DSS) son: "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". (OMS, s.f.)

Este enfoque de los determinantes sociales de la salud permite explicar y entender los factores de riesgo de cada persona, los cuales condicionan el estado de salud, haciendo que la persona presente vulnerabilidad a determinados eventos.

Para este estudio se tomaron y evaluaron los factores económicos, psicosociales, biológicos y conductuales y los relacionados con el sistema de salud. De acuerdo con las Unidades de Análisis, se evidenció que en 8 de 19 unidades revisadas y analizadas se refirió información relacionada con la presencia de factores materiales que influyeron en la mala adherencia al tratamiento, así como en el abandono de este. En seis casos (31.58%), la respuesta fue positiva y en dos (10.53%), negativa. De los casos en donde se pudo identificar algún factor de tipo material, el más frecuente fue la presencia de dificultades económicas, con un 83.33%; seguido de un horario laboral que dificultaba acudir a los controles médicos, en un 33.33%.

“El factor económico, a veces hay pacientes distantes como inclusive acá dentro del área metropolitana que no tiene para el transporte” (C2)

“Desplazamiento desde otros puntos de Santander, falta de recurso para el transporte” (C5).

No obstante, a los pacientes que presentan dificultades económicas para trasladarse y asistir a sus controles médicos, se les orienta para que tramiten viáticos, en sus respectivas Entidades Promotoras de Salud (EPS).

“Las personas que tienen dificultades económicas se orientan para que gestionen los viáticos con la EPS y la EPS se encarga de enviar un transporte para que lo recojan donde viva, lo llevan al terminal y le pagan su pasaje de bus, y lo mismo cuando salen de acá, los espera un transporte y lo llevan allá” (C1).

Frente al horario laboral, este tiene un menor porcentaje de ser una barrera para acudir a las citas de control y demás diligencias relacionadas con la atención integral. Con relación a las

dificultades económicas, la situación económica si influye, en algunos casos, lleva a los pacientes a la búsqueda de un empleo fuera de su sitio de vivienda, lo que impide la asistencia a controles médicos. Se puede decir, que tanto el factor económico como el factor laboral influyen en la continuidad del tratamiento.

“También hay gente que ante la situación económica precaria, consigue trabajo en otro municipio, lo que les dificulta asistir a sus controles, prácticamente toca estar encima de ellos y a veces terminan abandonando el tratamiento. Esos pacientes que cambian de residencia son un poco difíciles, pero un paciente que se traslada a Bogotá o Medellín, se zonifican allá y continúan con el tratamiento. Hay pacientes que se trasladan a Aguachica, Rionegro, San Rafael, igual tienen que seguir su tratamiento en Bucaramanga, por estar zonificados acá. Muchas veces no vienen por el tema laboral y por el desplazamiento, no son 15 minutos sino de 5 horas hasta 8 horas, es complejo” (C1).

En los pacientes también se presenta la preocupación de que su diagnóstico sea conocido en su ámbito laboral, razón por la cual evitan solicitar permiso para dirigirse a sus controles médicos.

“Los permisos en las empresas para poder asistir, a pesar de que se puede dar el soporte de que estuvieron acá, ellos no quieren que conozcan el diagnóstico porque el soporte va con el membrete de la IPS, ellos tratan de buscar como el tiempo en que puedan acudir sin tener que pedir permiso mensualmente, porque tienen que ir mensualmente a

tratamiento, esos son los dos factores fundamentales. En la empresa son muy pocos los que conocen el diagnóstico porque eso no es obligatorio revelarlo, por miedo a presión, estigma o rechazo. Los que saben en la empresa, son muy pocos, en su trabajo los han recibido bien, lo económico es lo más fuerte” (C2).

Como se evidenció en párrafos anteriores y de acuerdo con la información obtenida de las unidades de análisis y de las entrevistas, el factor material, va de la mano con la jornada laboral como factores que tienen influencia en la continuidad del tratamiento.

Una de las funcionarias entrevistadas también hizo referencia a los olvidos de los pacientes en la asistencia a sus controles médicos. “Económicas, olvidos, trabajos” (C3), siendo este muy mínimo, ya que, en las IPS hay un profesional que se encarga de hacer el respectivo seguimiento a los pacientes y de reasignar una nueva cita al paciente, así como realizar el recordatorio de la cita asignada.

“Si, un paciente no asiste, se le llama para ubicación y reprogramar la cita, así mismo en consulta cuando asiste, se validan los motivos de la inasistencia y se les hace firmar un compromiso de adherencia. Esas llamadas las hace el auxiliar administrativo” (C4)

Por el contrario, al evaluar los factores psicosociales (Tabla 2) se halló que solo en tres unidades de análisis no se especificaba dicha información, mientras que en 15 sí se identificó algún factor y en una, no. El factor psicosocial más frecuente fue una red de apoyo insuficiente, en un 60.00%, Sin embargo, al ahondar con los funcionarios respecto a una red de apoyo familiar que respalde el proceso de aceptación y tratamiento de su situación de salud, se evidenció que algunos

pacientes tienen su núcleo familiar, pero algunos pacientes prefieren que su familia no tenga conocimiento de su diagnóstico: “Muy pocos, muchos llevan años sin que nadie sepa 30% con red de apoyo” (C5).

“Algunos pacientes, otros no y justifican que no desean que otras personas cercanas en su familia y ámbito social conozcan el diagnóstico, en función de la privacidad de su historia de vida y del estigma y la discriminación frente a los conceptos culturales que aún existen en la sociedad acerca del diagnóstico VIH/SIDA” (C4)

Uno de los funcionarios agrega: “La mayoría cuenta con una red de apoyo familiar o de la pareja o amigo, otros no, somos nosotros su propia red de apoyo” (C3).

Indagando por la depresión y la no conciencia de la patología, ambos estuvieron presentes en el 26.67% de los casos. La depresión no se mencionó en las entrevistas, mientras que, la no conciencia de la patología, se asocia con rehusarse a asistir e iniciar el respectivo tratamiento, así como se asocia a que las personas que no presentan síntomas consideran que no es necesario asistir al seguimiento, ni recibir tratamiento.

“Inadecuada conciencia que hay frente a la patología, porque como tener VIH no significa que usted está enfermo, sino que simplemente es una patología que uno debe controlar para no desencadenar otras enfermedades, a veces la gente como está bien no tiene esa adecuada conciencia, dicen entonces no me lo tomo, no vuelvo y vuelven otra vez cuando ya tienen una enfermedad oportunista o cuando ya está más avanzada” (C1).

En el caso de los factores biológicos y conductuales (Tabla 3), en 9 documentos no se especificaba información al respecto, mientras que en las diez restantes, sí se hizo mención sobre la presencia de factores biológicos o conductuales: en nueve sí hubo y en una, no. En dichas nueve unidades, los factores biológicos y conductuales más frecuentes fueron la desnutrición y el consumo de alcohol, cada uno presentándose en el 44.44% de los casos. “Muchos pacientes tienen un estilo de vida no saludable, consumo de drogas y promiscuidad” (C5).

En segundo lugar, se ubicó el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), con una proporción de 33.33%. A pesar de que este es un grupo poblacional que recibe atención, los funcionarios no refieren un número específico de esta población; sin embargo, uno de los profesionales refirió: “Un Habitante de Calle, ha sido complejo porque también tiene un problema de drogadicción, se le ha orientado para recibir atención en instituciones que manejen el consumo de drogas, presuntamente sin lograr sensibilizar al paciente frente a su consumo de sustancias psicoactivas”. (C5).

En tercer lugar, estuvo el tabaquismo y la tenencia de una pareja seroconcordante, (que ambos tienen VIH), los dos con una frecuencia de 22.22%, se evidenció lo siguiente: “sobre todo las mujeres permanecen con sus parejas a pesar del contagio ya sea por el apoyo económico o por creer que ya no hay más opciones después del diagnóstico” (C5).

Tabla 2.

Frecuencia de presentación de los factores psicosociales reportados en los casos de muerte por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018

Factores psicosociales	n (%)
	n= 15
Red de apoyo insuficiente	9 (60.00)
Problemas familiares	1 (6.67)
Depresión	4 (26.67)

Factores psicosociales	n (%) n= 15
Problemas de seguridad	1 (6.67)
Bipolaridad	1 (6.67)
No conciencia de la patología	4 (26.67)
Privación de la libertad	1 (6.67)
Esquizofrenia	1 (6.67)

Los valores absolutos y los porcentajes no suman 100% porque las categorías no fueron mutuamente excluyentes entre sí, es decir, cada persona podía tener más de un factor.

Tabla 3.

Frecuencia de presentación de los factores biológicos y conductuales reportados en los casos de muerte por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018

Factores biológicos y conductuales	n (%) n= 9
Consumo de sustancias psicoactivas	3 (33.33)
Tabaquismo pesado	2 (22.22)
Promiscuidad	1 (11.11)
Pareja seroconcordante	2 (22.22)
Tuberculosis	1 (11.11)
Desnutrición	4 (44.44)
Consumo de alcohol	4 (44.44)
Conductas sexuales de riesgo	1 (11.11)

Los valores absolutos y los porcentajes no suman 100% porque las categorías no fueron mutuamente excluyentes entre sí, es decir, cada persona podía tener más de un factor.

Por último, en los factores relacionados con el sistema de salud (Tabla 4), en todos hubo información sobre este aspecto, de manera que en 11 unidades hubo alguna dificultad y en los 8 restantes, no. Dentro de los 11 casos con algún factor relacionado con el sistema de salud, la dificultad más frecuente fue la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos, seguido de la demora en la autorización de exámenes y la entrega parcial de medicamentos.

Frente a ello, una de las funcionarias agrega que respecto a factores relacionados con el sistema de salud, “en cuanto a ellas ninguna, acá el usuario siempre viene, aquí no se paga cuota moderadora ya sea contributivo o subsidiado, el médico le ve lo evalúa le entrega la fórmula con sus medicamentos y reclama aquí sus medicamentos en la farmacia si necesita exámenes se los envía, cuando se ve afectado, es cuando el paciente está inactivo, en la EPS, no se le pueden entregar medicamentos porque la EPS no lo paga” (C1).

Otra profesional refiere “autorización de exámenes” (C4), como una dificultad presente en los pacientes atendidos. También se mencionan dificultades en la entrega de medicamentos: “autorización de exámenes y luego sería entrega parcial de medicamentos” (C5),

Para concluir, resulta oportuno manifestar, que la información obtenida de las unidades de análisis respecto a los determinantes sociales de la salud, presentan congruencia con los discursos de las funcionarias entrevistadas.

Tabla 4.

Frecuencia de presentación de los factores relacionados con el sistema de salud reportados en los casos de muerte por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018

Factores relacionados con el sistema de salud	n (%) n= 11
Falta de oportunidad entrega de medicamentos	5 (45.45)
Entrega parcial de medicamentos	2 (18.18)
Cambio continuo de régimen	1 (9.09)
No aseguramiento al sistema de salud	1 (9.09)
Demora en autorización de exámenes	3 (27.27)
Dificultad para afiliación a EPS	1 (9.09)
Obstáculos para acceso a servicios médicos	1 (9.09)

Los valores absolutos y los porcentajes no suman 100% porque las categorías no fueron mutuamente excluyentes entre sí, es decir, cada persona podía tener más de un factor.

A continuación, se describirán los resultados del análisis de demoras, en el cual solo se usaron 16 unidades de análisis, como se comentó previamente. En las unidades de análisis, la rejilla destinada para esta sección está dividida en cuatro partes: 1) reconocimiento del problema (4 ítems); 2) oportunidad de la decisión y acción (4 ítems); 3) acceso a la atención, referencia y contrarreferencia (7 ítems); y 4) calidad de la atención en salud (14 ítems).

Al analizar cada parte, se encontró que las demoras más frecuentes fueron las relacionadas con la calidad de la atención en salud, pues en el 93.75% de las unidades se registró que hubo al menos una demora de este tipo. En segundo lugar, se ubicaron las demoras en el reconocimiento del problema; en tercer lugar, estuvieron las demoras relativas a la oportunidad de la decisión y acción y, por último, las demoras en el acceso a la atención, referencia y contrarreferencia fueron las menos frecuentes.

Dentro de las demoras sobre el reconocimiento del problema, las más frecuentes fueron el no reconocimiento de forma oportuna por parte del paciente y de la familia, respectivamente.

Cabe resaltar que en este primer grupo de demoras fue en donde se encontraron los porcentajes de demora más altos.

Una de las profesionales mencionó que la demora más frecuente, es:

“Demora uno: El no reconocimiento del problema de manera oportuna por parte del paciente, a veces las personas llevan un año con diarrea y no acuden al servicio de salud. La demora más frecuente, sigue siendo que hay personas que nunca en su vida se han hecho una prueba de VIH, a veces se diagnostican, estando hospitalizados, lo que hace que la familia se entere, algunos se enteran, cuando van a donar sangre” (C1).

A propósito de lo anterior, el reconocimiento del problema sigue siendo el más latente y presente:

“Demora 1. Si el paciente no tiene una conciencia de su patología, no se puede mejorar ningún factor de abandono, pues no dan la importancia que merece su estado de salud. Falta de apoyo por la familia o escasa red de apoyo” (C3).

En cuanto a las demoras sobre la oportunidad de la decisión y acción, las que se presentaron en mayor proporción fueron la presencia de inconvenientes culturales y familiares, para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica o continuar el tratamiento. Con respecto a las demoras de acceso a la atención, la presencia de factores económicos que dificultaban el traslado y la no remisión oportuna, fueron los que tuvieron frecuencias más altas.

“Otra demora puede ser la presencia de inconvenientes culturales para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica, ellos temen mucho a que su diagnóstico sea revelado, entonces por lo mismo, te dicen tienes cáncer vas a la cita normal, pero te dicen tienes VIH tú vas y te están identificando, pero el factor cultural puede ser por la falta de educación” (C2).

De otro lado, el inconveniente cultural puede llegarse a asociar con las creencias religiosas de los pacientes y sus ideas generadas alrededor del VIH/SIDA, lo cual afecta tanto la aceptación del diagnóstico como el abordaje de la enfermedad, “Un paciente le marcó la creencia religiosa y no quiso aceptar tratamiento” (C2).

“Por lo menos hubo una vez un paciente un muchacho que por la parte religiosa que el pastor le había dicho que no, que eso era mentira, que eso no existía, que él lo iba a curar, a él se le hizo una intervención concientizándolo de las consecuencias de abandono del tratamiento, pero pese a los esfuerzos del médico, la psicóloga, Trabajo Social, el paciente dijo que no y que no y que el asumía las consecuencias y en ese caso se firma un consentimiento informado, donde usted ya dice que no quiere que lo llamen ni que lo busquen, que usted asume las consecuencias y se firma, porque uno no los puede obligar” (C1).

Puede afirmarse que los factores culturales influyen en la continuidad de su proceso de atención y estabilización de síntomas propios de la infección por VIH. Por un lado, el rechazo de la sociedad a personas con VIH, así como la influencia de las creencias religiosas.

Por último, en la categoría de demoras en la atención en salud, la subestimación de la gravedad del paciente y las demoras en iniciar el tratamiento específico, fueron las circunstancias adversas más frecuentemente reportadas.

Sin embargo, las mencionadas en el párrafo anterior, van de la mano y de no dársele el respectivo tratamiento las personas pueden llegar a la muerte. “Demora Cuatro: calidad de la atención, adecuado diagnóstico. Porque el paciente a veces va el servicio de urgencias hay personas que dicen “yo fui 5 veces por urgencias, pero a mí nunca me solicitaron una prueba de VIH, ellos presentaban una diarrea y el médico no le solicito la prueba de VIH”, por esa demora, la persona no puede recibir un tratamiento oportuno. Un caso de un paciente que falleció por un diagnóstico tardío. Llegó aquí, se le hizo la cita de ingreso, al día siguiente se le enviaron exámenes y a los 8 días se le llamó para que pasara con el infectólogo, pero ya había fallecido” (C1).

También se evidenció la demora cuatro: Calidad de la atención, programas de prevención de enfermedades y subestimación de la gravedad del paciente” (C5).

“Un diagnóstico tardío, es lo que lleva no a la demora, es decir un adecuado diagnóstico y posterior la adherencia al tratamiento, pero aquí hay algo de raíz que se han encontrado muchas barreras, ahorita se está haciendo mucha asesoría en las pruebas rápidas, y son las barreras que colocan los médicos, el por qué y para que, de una prueba de VIH, es decir desde las EPS” (C2).

Se puede evidenciar que es muy importante la aceptación de las personas frente a su diagnóstico, para obtener resultados favorables con la terapia antirretroviral. No obstante, cuando una persona se entera de su diagnóstico de VIH, se desencadenan una serie de cambios y aumentan los factores estresores. Las personas pasan por un proceso de adaptación, que inicia con la aceptación de su condición de salud, el recibir tratamiento, el cambio en estilos de vida para disminuir factores de riesgo y mejorar su calidad de vida.

La descripción completa de las frecuencias de presentación de cada demora se muestra en las siguientes tablas (Tabla 5- Tabla 8). La categoría “Sin dato” agrupa aquellos casos en donde el documento no especificaba la información necesaria para contestar el ítem y aquellos en donde se marcó Sin dato en la rejilla del análisis de demoras.

Tabla 5.

Proporción de presentación de las demoras relacionadas con el reconocimiento del problema en los casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018

Ítems	Sí % (IC95%)	No % (IC95%)	Sin dato % (IC95%)
Reconocimiento del problema por parte del paciente de manera oportuna	12.50 (2.63-43.00)	87.50 (57.00-97.37)	--
Reconocimiento del problema por parte del paciente de manera oportuna ^a	13.33 (2.77-45.37)	80.00 (48.83-94.37)	6.67 (7.12-41.55)
Reconocimiento de signos y síntomas de alarma	37.50 (16.14-65.16)	56.25 (29.77-79.59)	6.25 (0.68-39.31)
Conocimiento de derechos y deberes en salud	43.75 (20.41-70.23)	31.25 (12.18-59.84)	25.00 (8.55-54.30)

^a n de este ítem fue de 15

Resultados se presentan por filas

Tabla 6.

Proporción de presentación de las demoras relacionadas con la oportunidad de la decisión y acción en los casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018

Ítems	Sí % (IC95%)	No % (IC95%)	Sin dato % (IC95%)
Presencia de inconvenientes familiares para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica o continuar el tratamiento	31.25 (12.18-59.84)	43.75 (20.41-70.23)	25.00 (8.55-54.30)
Presencia de inconvenientes culturales para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica o continuar el tratamiento	43.75 (20.41-70.23)	25.00 (8.55-54.30)	31.25 (12.18-59.84)
Presencia de inconvenientes económicos para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica o continuar el tratamiento	25.00 (8.55-54.30)	43.75 (20.41-70.23)	31.25 (12.18-59.84)
Experiencias negativas en los servicios de salud que demoraron la decisión de solicitar atención	18.75 (5.33-48.59)	50.00 (24.96-75.04)	31.25 (12.18-59.84)

Resultados se presentan por filas

Tabla 7.

Proporción de presentación de las demoras relacionadas con el acceso a la atención, referencia y contrarreferencia en los casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018

Ítems	Sí % (IC95%)	No % (IC95%)	Sin dato % (IC95%)	No aplica % (IC95%)
Inaccesibilidad geográfica	6.25 (0.68-39.31)	87.50 (57.00-97.37)	6.25 (0.68-39.31)	--
Inaccesibilidad por orden público	--	93.75 (60.69-99.32)	6.25 (0.68-39.31)	--
Falta de estructura vial	--	93.75 (60.69-99.32)	6.25 (0.68-39.31)	--
Falta de estructura de comunicaciones	--	93.75 (60.69-99.32)	6.25 (0.68-39.31)	--
Factores económicos que dificultan el traslado	31.25 (12.18-59.84)	50.00 (24.96-75.04)	18.75 (5.33-48.59)	--
Falta de acceso a la atención en salud debido a que se solicitó el pago por algún servicio	12.50 (2.63-43.00)	56.25 (29.77-79.59)	31.25 (12.18-59.84)	--
Remisión oportuna	62.50 (34.84-83.86)	25.00 (8.55-54.30)	6.25 (0.68-39.31)	6.25 (0.68-39.31)

Resultados se presentan por filas

Tabla 8.

Proporción de presentación de las demoras relacionadas con la calidad de la atención en salud de los casos de mortalidad por VIH/SIDA en Santander, 2017-2018

Ítems	Sí % (IC95%)	No % (IC95%)	Sin dato % (IC95%)	No aplica % (IC95%)
Programas eficientes de prevención de la enfermedad	37.50 (16.14-65.16)	37.50 (16.14-65.16)	25.00 (8.55-54.30)	--
Adecuado diagnóstico	81.25 (51.41-94.67)	18.75 (5.33-48.59)	--	--
Subestimación de la gravedad del paciente	62.50 (34.84-83.86)	25.00 (8.55-54.30)	12.50 (2.63-43.00)	--
Solicitud de paraclínicos para diagnóstico específico	81.25 (51.41-94.67)	18.75 (5.33-48.59)	--	--
Demoras en iniciar el tratamiento específico	43.75 (20.41-70.23)	56.25 (29.77-79.59)	--	--
Dosis, vías o indicaciones incorrectas de los medicamentos	6.25 (0.68-39.31)	68.75 (40.16-87.82)	18.75 (5.33-48.59)	6.25 (0.68-39.31)
Cese injustificado del tratamiento	31.25 (12.18-59.84)	50.00 (24.96-75.04)	6.25 (0.68-39.31)	12.50 (2.63-43.00)
Verificación de tolerancia a los medicamentos / intervenciones	37.50 (16.14-65.16)	25.00 (8.55-54.30)	18.75 (5.33-48.59)	18.75 (5.33-48.59)
Identificación y tratamiento de enfermedades asociadas	100 (--)	--	--	--

Ítems	Sí % (IC95%)	No % (IC95%)	Sin dato % (IC95%)	No aplica % (IC95%)
Déficit de medicamentos	12.50 (2.63-43.00)	62.50 (34.84-83.86)	6.25 (0.68-39.31)	18.75 (5.33-48.59)
Déficit de hemoderivados	--	6.25 (0.68-39.31)	6.25 (0.68-39.31)	87.50
Atención en niveles acordes con la gravedad de la enfermedad	75.00 (45.70-91.45)	12.50 (2.63-43.00)	6.25 (0.68-39.31)	6.25 (0.68-39.31)
Adecuado diligenciamiento de la historia Clínica - Calidad del registro ^a	85.71 (51.99-97.08)	14.29 (2.92-48.01)	--	--

Resultados se presentan por filas - ^a n de este ítem fue de 14

Finalmente, en el análisis estratificado se usaron la procedencia y el régimen de salud como variables de estratificación para evaluar tanto la distribución de los determinantes de la salud (Tabla 9), como las demoras 1-3 (Tabla 10). De esta manera, se encontró que, en cuanto a la procedencia, las circunstancias materiales fueron reportadas en mayor proporción en los individuos procedentes de otros municipios diferentes de Bucaramanga y su área metropolitana. Sin embargo, en esta última hubo mayor reporte de circunstancias psicosociales y factores biológicos y conductuales. En el caso de las demoras, llama la atención que las demoras relacionadas con dificultades económicas para tomar una decisión oportuna (2c) fueron reportadas en mayor proporción en las personas de Bucaramanga y su área metropolitana que en las personas procedentes de otros municipios. Por otra parte, las dificultades económicas para el traslado (3e) se reportaron en un porcentaje similar en ambas procedencias.

Por otra parte, en el régimen subsidiado hubo mayor reporte de circunstancias materiales adversas y de factores psicosociales que en los sujetos afiliados al régimen contributivo. Con relación al reporte de demoras, en el régimen contributivo hubo una menor proporción de todas las demoras del grupo 1, pues hubo un mayor porcentaje de reconocimiento temprano de la enfermedad por parte del paciente y de sus familiares, y un mayor conocimiento de los signos de alarma y de los derechos y deberes en salud. Asimismo, en los individuos del régimen subsidiado

hubo un mayor registro de inconvenientes familiares (2a) que dificultaron la toma oportuna de la decisión de buscar atención médica, mientras que, en los sujetos del régimen contributivo, se reportaron más los inconvenientes culturales (2b) y económicos (2c). Finalmente, en los sujetos del régimen subsidiado hubo una mayor proporción de no remisión oportuna (3g), pero los factores económicos que dificultaron el traslado (3e) ocurrieron en frecuencia similar en ambos regímenes.

Tabla 9.

Frecuencia de presentación de los determinantes de la salud de acuerdo con la procedencia y el régimen de salud

Variables	Procedencia		Régimen de salud	
	B/manga y AM n= 15 n (%)	Otros municipios n= 4 n (%)	Subsidiado n= 14 n (%)	Contributivo n= 4 n (%)
Determinantes de la salud				
Circunstancias materiales				
<i>No</i>	2 (13.33)	1 (25.00)	1 (7.14)	1 (25.00)
<i>Sí</i>	5 (33.33)	2 (50.00)	5 (35.71)	1 (25.00)
<i>Sin información</i>	8 (53.33)	1 (25.00)	7 (50.00)	2 (50.00)
<i>No aplica</i>	--	--	1 (7.14)	---
Circunstancias psicosociales				
<i>No</i>	--	1 (25.00)	1 (7.14)	--
<i>Sí</i>	14 (93.33)	1 (25.00)	12 (85.71)	3 (75.00)
<i>Sin información</i>	1 (6.67)	2 (50.00)	1 (7.14)	1 (25.00)
Factores biológicos y conductuales				
<i>No</i>	1 (6.67)	--	1 (7.14)	--
<i>Sí</i>	8 (53.33)	1 (25.00)	7 (50.00)	2 (50.00)
<i>Sin información</i>	6 (40.00)	3 (75.00)	6 (42.86)	2 (50.00)
Del sistema de salud				
<i>No</i>	6 (40.00)	2 (50.00)	7 (50.00)	1 (25.00)
<i>Sí</i>	9 (60.00)	2 (50.00)	7 (50.00)	3 (75.00)
<i>Sin información</i>	--	--	--	--

B/manga y AM: Bucaramanga y área metropolitana - Resultados se presentan por columnas

En la sección de régimen, se omite una observación correspondiente a una persona que no tenía aseguramiento al sistema de salud

Tabla 10.

Distribución de las demoras de acuerdo con la procedencia y el régimen de salud

Demoras	Procedencia		Régimen de salud	
	B/manga y AM n= 15 n (%)	Otros municipios n= 4 n (%)	Subsidiado n= 14 n (%)	Contributivo n= 4 n (%)
Grupo 1				
1a				
No	11 (73.33)	3 (75.00)	11 (78.57)	2 (50.00)
Sí	2 (13.33)	--	1 (7.14)	1 (25.00)
Sin información	11 (73.33)	1 (25.00)	2 (14.29)	1 (25.00)
1b ^a				
No	9 (75.00)	3 (100.00)	10 (83.33)	1 (50.00)
Sí	2 (16.67)	0 (0)	1 (8.33)	1 (50.00)
Sin información	1 (8.33)	--	1 (8.33)	--
1c				
No	7 (46.67)	2 (50.00)	8 (57.14)	0 (0)
Sí	7 (46.67)	2 (50.00)	5 (35.71)	4 (100.00)
Sin información	1 (6.67)	--	1 (7.14)	--
1d				
No	5 (33.33)	--	5 (35.71)	0 (0)
Sí	7 (46.67)	3 (75.00)	6 (42.86)	4 (100.00)
Sin información	3 (20.00)	1 (25.00)	3 (21.43)	--
Grupo 2^b				
2a				
No	5 (38.46)	2 (66.67)	4 (33.33)	3 (100.00)
Sí	5 (38.46)	--	5 (41.67)	0 (0)
Sin información	3 (23.08)	1 (33.33)	3 (25.00)	--
2b				
No	3 (23.08)	1 (33.33)	3 (25.00)	1 (33.33)
Sí	6 (46.15)	1 (33.33)	5 (41.67)	2 (66.67)
Sin información	4 (30.77)	1 (33.33)	4 (33.33)	--
2c				
No	5 (38.46)	2 (66.67)	5 (41.67)	2 (66.67)
Sí	4 (30.77)	--	3 (25.00)	1 (33.33)
Sin información	4 (30.77)	1 (33.33)	4 (33.33)	--
2d				
No	8 (53.33)	3 (75.00)	7 (50.00)	4 (100.00)
Sí	3 (20.00)	--	3 (21.43)	0 (0)
Sin información	4 (26.67)	1 (25.00)	4 (28.57)	--
Grupo 3				
3a				
No	13 (86.67)	4 (100.00)	13 (92.86)	3 (75.00)
Sí	1 (6.67)	0 (0)	--	1 (25.00)
Sin información	1 (6.67)	--	1 (7.14)	--
3b				
No	14 (93.33)	4 (100.00)	13 (92.86)	4 (100.00)
Sí	--	0 (0)	--	0 (0)
Sin información	1 (6.67)	--	1 (7.14)	--
3c				
No	14 (93.33)	4 (100.00)	13 (92.86)	4 (100.00)
Sí	--	0 (0)	--	0 (0)
Sin información	1 (6.67)	--	1 (7.14)	--

Demoras	Procedencia		Régimen de salud	
	B/manga y AM n= 15 n (%)	Otros municipios n= 4 n (%)	Subsidiado n= 14 n (%)	Contributivo n= 4 n (%)
3d				
No	14 (93.33)	4 (100.00)	13 (92.86)	4 (100.00)
Sí	--	0 (0)	--	0 (0)
Sin información	1 (6.67)	--	1 (7.14)	--
3e				
No	8 (53.33)	3 (75.00)	7 (50.00)	3 (75.00)
Sí	4 (26.67)	1 (25.00)	4 (28.57)	1 (25.00)
Sin información	3 (20.00)	--	3 (21.43)	--
3f				
No	10 (66.67)	2 (50.00)	8 (57.14)	4 (100.00)
Sí	1 (6.67)	1 (25.00)	2 (14.29)	0 (0)
Sin información	4 (26.67)	1 (25.00)	4 (28.57)	--
3g				
No	6 (40.00)	1 (25.00)	6 (42.86)	1 (25.00)
Sí	7 (46.67)	3 (75.00)	7 (50.00)	2 (50.00)
Sin información	1 (6.67)	--	1 (7.14)	--
No aplica	1 (6.67)	--	--	1 (25.00)

B/manga y AM: Bucaramanga y área metropolitana - Resultados se presentan por columnas

En la sección de régimen, se omite una observación correspondiente a una persona que no tenía aseguramiento al sistema de salud

^a Esta demora tiene n diferentes de los reportados en el encabezado de la tabla. B/manga y AM: 12; Otros municipios: 3; Subsidiado: 12; y Contributivo: 2

^b En este grupo de demoras, el n fue menor que el reportado en el encabezado de la tabla. B/manga y AM: 13; Otros municipios: 3; Subsidiado: 12; y Contributivo: 3.

7.3 Fase 3: Diseño de la estrategia de intervención para el personal de salud que contribuya a la adherencia al tratamiento de las personas con VIH/SIDA.

La Organización Panamericana de la Salud define la atención integral a personas con VIH como:

Combinación de servicios dirigidos a prevenir la transmisión del VIH y aminorar las consecuencias físicas y emocionales de la infección, prevenir la rápida progresión de la enfermedad y el deterioro de las condiciones físicas y/o emocionales de la persona infectada, proveer atención destinada a mejorar las condiciones generales y la calidad de vida y a proporcionar acceso al tratamiento (Laria & Rodríguez, 2013, pág. 338).

De acuerdo a las guías de atención integral, cada sector tendrá una responsabilidad propia, pero mantendrán estrecha coordinación entre sí, con el fin de orientar a los profesionales en su manejo y atención, ofrecer herramientas concretas para un buen diagnóstico y tratamiento, apoyar el trabajo del equipo interdisciplinario y definir su red de servicios (Organización Panamericana de Salud, 2006).

Hay que tener en cuenta los objetivos de la atención, tales como: contener la epidemia del VIH, detectar tempranamente la infección por VIH, detener la progresión de VIH a Sida y aparición de resistencias al TAR. Monitorear y evaluar de qué manera se está garantizando el acceso a la terapia ARV, el seguimiento clínico y de laboratorio de las personas infectadas, el acceso a acciones de prevención y el manejo oportuno de las complicaciones, así como la rehabilitación integral de las personas viviendo con VIH. (Organización Panamericana de Salud, s.f.).

Esta atención integral a personas con VIH debe comprender los siguientes aspectos:

Promoción y protección de la salud sexual, actividades de promoción de la salud, promoción del uso del preservativo y comunicación para el cambio de comportamiento en individuos vulnerables o en situación de riesgo. Actividades de comunicación que promuevan el

diálogo sobre las causas originarias de la epidemia y generen el entorno político y social necesario para provocar el cambio de comportamiento de los individuos.

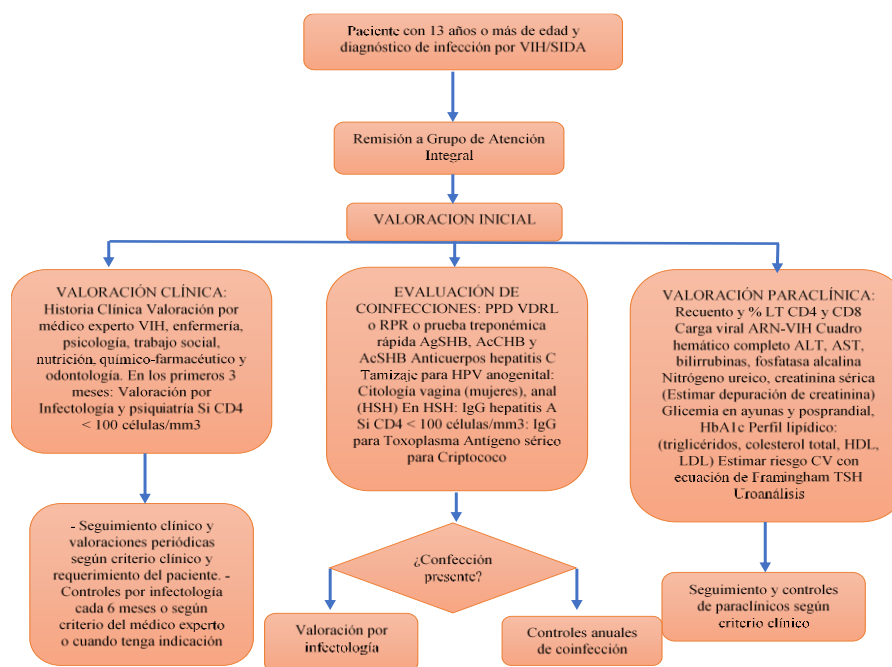
Intervenciones focalizadas para proveer acceso a grupos vulnerables a servicios de prevención y atención. Manejo de usuarios con uso de sustancias psicoactivas. Acceso al preservativo con el fin de proteger a las personas de la transmisión de ITS/VIH. Prevención objetiva, que involucre activamente a las personas con VIH. Protección contra el abuso, en particular el abuso sexual y la violencia intrafamiliar. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la Hepatitis B y terapia antirretroviral para mujeres infectadas con VIH que lo necesiten. Atención integral y tratamiento de los niños/as expuestos al VIH. Servicios voluntarios y confidenciales de consejería y prueba voluntaria. Estándares de calidad en atención, para todas las personas con VIH, incluyendo TAR, tratamiento de las infecciones oportunistas comunes, servicios de laboratorios, apoyo psicosocial para las personas con VIH y sus familias, así como apoyo en la adherencia al tratamiento. Acciones colaborativas entre los programas de tuberculosis y VIH, incluso terapia profiláctica y prevención de la tuberculosis para personas infectadas con VIH -si se requiere- y prevención del VIH para personas con tuberculosis. Intervenciones nutricionales en personas con VIH y atención general, incluida la salud oral. Manejo de casos de ITS desde el primer contacto. El control de riesgos biológicos y la bioseguridad. La detección temprana de la infección por VIH. La vigilancia en salud pública (Programa de Apoyo a la Reforma de Salud & Ministerio de la Protección Social, 2006).

8. Principios Orientadores y las Metas que Deberían Regir la Atención Integral+

Mayor estandarización de las intervenciones, optimización de los recursos disponibles, minimización de las barreras de acceso a la atención, a los medicamentos e insumos requeridos en el tratamiento, mejoramiento continuo del proceso de atención y de las competencias del talento humano asociado, mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso a la atención por parte de profesionales expertos, seguimiento activo del proceso de atención, monitoreo y evaluación de las intervenciones (Programa de Apoyo a la Reforma de Salud & Ministerio de la Protección Social, 2006, págs. 22-23).

Figura 7.

Flujograma de atención integral en la valoración inicial.



Nota: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

8.1 ¿Qué Hacer?

Toda persona con VIH deberá ser evaluada por algún miembro del equipo de salud mental. Adicionalmente es recomendable que los familiares de las personas con VIH sean referidos al equipo de salud mental. (Organización Panamericana de Salud, 2006).

De igual manera son importantes los talleres periódicos que ayuden al intercambio de información sobre la condición emocional y el manejo de las personas con VIH que se atienden en la institución especializada en VIH y participar en reuniones con el resto del equipo multidisciplinario que atiende a las personas con VIH.

El apoyo Psicosocial, es tan importante para el manejo de ciertas emociones que suelen experimentar estos pacientes con dicho diagnóstico, tales como:

El Shock y la Negación: Es el momento de impacto en el cual el paciente no puede creer lo que le está ocurriendo, No cree en el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, comienza a visitar diferentes médicos, buscando uno que le ofrezca una respuesta satisfactoria; pero en realidad el paciente no está buscando opiniones médicas, en realidad está elaborando el proceso de duelo.

Rabia: Es un mecanismo de defensa del yo, es decir que la molestia que siente contra sí mismo lo manifiesta contra otras personas. Culpa a los médicos por haberle realizado un diagnóstico, a las enfermeras que le tomaron la muestra, a su pareja que le transmitió la enfermedad, a los familiares por no aconsejarlo. El paciente se vuelve hostil, demandante y descalificador. En esta etapa es importante que la familia conozca el proceso de duelo que está. Es importante valorar el nivel de estrés y brindar la ayuda necesaria.

Depresión: El sentimiento que predomina en estos pacientes es la tristeza que los embarga.

Funcionalidad familiar: El hecho de que por lo general un miembro de la familia se hacen cargo del paciente, nos lleva a interesarnos por evaluar la dinámica familiar de estos pacientes. Es importante para conocer el nivel de adaptación, participación, crecimiento, afectividad y resolución de la familia con respecto al enfermo.

Apoyo social: se debe orientar a grupos de apoyo, que existan o estén presentes en el medio u entorno del paciente. Que les brinden el apoyo necesario, que les permita integrarse a la sociedad de la mejor forma posible.

Sentimiento de Culabilidad: El paciente sobrellevará la emoción negativa, sensación de pérdida, que le genera su enfermedad, con vergüenza, con la pena moral de saberse infectado por un virus que ha sido adquirido a través una relación sexual, por lo que se cuestionara por ello. Necesario para saber adaptarse y tomar una postura frente a entorno que rodea.

Rechazo de la sociedad: La persona portadora puede tener la intención de confesar a su familia, amigos, pareja, que es un portador VIH, pero no lo hace por temor al rechazo de quienes les ha brindado afecto y consideración. Es un momento crítico al afrontar a su familia, generalmente es un miembro de la familia, quien termina apoyándolo en el proceso.

Importancia de la Intervención: cada intervención es diferente para cada persona, pues cada personalidad es muy variable, la red social y su estilo de afrontamiento son claves para analizar el impacto psicológico de vivir con VIH. Sus experiencias de vida, la clase social, el grupo de pertenencia, el nivel de formación/educación, el género, el acceso a la información y al tratamiento médico generan saberes específicos para enfrentar su vivencia del diagnóstico, es necesario pensar al individuo en relación a su contexto, la etapa del ciclo vital que está viviendo y las circunstancias en que contrajo el virus (Fundación Huésped, 2014).

8.2 Manejo de la Adherencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (como se cita, en (Pfizer, 2009) define la adherencia al tratamiento como:

El cumplimiento de este; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. En los países desarrollados, sólo el 50% de los pacientes crónicos cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia La adherencia al tratamiento se ha situado como un problema de salud pública y, como subraya la OMS, las intervenciones para eliminar las barreras a la adherencia terapéutica deben convertirse en un componente central de los esfuerzos para mejorar la salud de la población y para lo cual se precisa un enfoque multidisciplinar (p.2).

El cumplimiento con el tratamiento puede presentar dificultades por diferentes motivos, personales o sociales, inclusive con el mismo tratamiento. Es común en todas las enfermedades crónicas, que su tratamiento esté ligado por el resto de vida y eso puede hacer sentir mal al paciente.

Al respecto, Patiño y Vargas (como se citó en Santamaría & Uribe, 2017) “Dando relevancia a la adherencia de los pacientes VIH positivos en su tratamiento antirretroviral, entre 1980 y 1990, ser portador del virus significaba la causa de una muerte inminente. Actualmente, con la invención de las terapias antirretrovirales de gran actividad (TARGA), el VIH/SIDA es catalogado como una enfermedad crónica” (p.9). Es de esperar que el ajuste de estos medicamentos sea un aspecto crítico en los pacientes. Teniendo en cuenta que, la adherencia es un factor

primordial en el éxito al tratamiento como lo sostienen Varela, Salazar y Correa (como se citó en Santamaría & Uribe, 2017), se debe establecer mínimo un 95% de adherencia a este para lograr la supresión viral (Hernández et al., 2013; Peñarrieta et al., 2009; Remor, 2002; Tafur, Ortiz, Alfaro, García & Faus, 2008; citados por Santamaría & Uribe, 2017).

Las bajas cifras de adherencia al tratamiento disminuyen su efectividad e incrementa el número de consultas médicas que, a su vez, aumentan el consumo de medicamentos y, el riesgo de aparición de problemas relacionados con estos, lo que genera más gastos al sistema de salud y perjuicio de la calidad de vida del paciente (Tafur et al., 2008, citado por Santamaría & Uribe, 2017). La adherencia al tratamiento es muy importante ya que está ligada al éxito o fracaso terapéutico y en el VIH cumple una función principal para el manejo adecuado de la infección y éxito del tratamiento, ya que la acelerada replicación y mutación del virus requiere un alto grado de adherencia.

En adherencia, solo es el tratamiento farmacológico, se deben tener en cuenta los horarios, dosis, cantidad, intervalos o frecuencia de las dosis, también las medidas no farmacológicas como aceptar el diagnóstico, comprender la necesidad de un tratamiento, motivación para iniciar el tratamiento, disposición y formación para llevar a cabo el tratamiento y mantenerlo a largo plazo. Así mismo asistir a las citas médicas y con el equipo interdisciplinario de forma periódica, realizarse los laboratorios de control, ajuste en su estilo de vida saludable (realizar ejercicio, alimentación según indicación, manejar emociones, evitar el consumo de SPA, alcohol, uso preservativo, etc.), prestar atención en cambios de su cuerpo (Masas, manchas, alergias), estimular el autocuidado.

Sin embargo, esto no asegura el éxito del control del VIH/Sida, pues no depende exclusivamente de estos factores. La adherencia a aspectos no-farmacológicos relacionados con

cambios en los estilos de vida aumenta la eficacia del tratamiento y disminuye la posibilidad de resistencia a los medicamentos, la reinfección, la adquisición de otras ITS y la transmisión del virus a otras personas. Asimismo, contribuye a un mejor estado de salud y al bienestar general (Varela, Salazar, & Correa, 2008).

8.3 Medidas no Farmacológicas a Tener en Cuenta para la Adherencia

La actividad física regular permite ejercitar los sistemas cardiovascular y digestivo, aumenta la sensación de bienestar y el nivel de energía, contribuye a la reducción de alteraciones metabólicas y a prevenir los efectos de la lipodistrofia como consecuencia de algunos antirretrovirales. De igual manera la realización de ejercicio se puede ver reflejada de forma positiva a nivel inmunológico, virológico y cardiopulmonar (Varela, Salazar, & Correa, 2008).

Alimentación balanceada: Permite que las personas con VIH obtengan los nutrientes necesarios como fuente principal de energía, fortalezcan su sistema inmunológico para proteger al organismo contra infecciones oportunistas y se minimicen otros síntomas que pueden presentarse en algunas ocasiones como efecto de los antirretrovirales (disminución de frecuencia de la diarrea, pérdida de masa muscular, síndrome de lipodistrofia) (Varela, Salazar, & Correa, 2008).

El manejo de los estados emocionales como el estrés, la ansiedad, la depresión, entre otros, permite que las personas con VIH sobrelleven de forma más saludable las diferentes situaciones de su vida, manejen mejor la enfermedad y fortalezcan su sistema inmunológico (Varela, Salazar, & Correa, 2008).

La restricción en el consumo de alcohol: Se estima que las personas con VIH/Sida, pueden ser más propensas a consumir mayores cantidades de alcohol, lo cual se puede relacionar con

conductas sexuales de riesgo (múltiples parejas y relaciones sexuales sin protección). El consumo abusivo de drogas acelera la evolución del VIH y produce considerables problemas para la adherencia al tratamiento (Varela, Salazar, & Correa, 2008).

Evitar la reinfección del VIH: la adquisición de otras infecciones de transmisión sexual y la propagación del virus, el uso del preservativo de forma consistente y correcta durante las relaciones sexuales anales y buco-genitales, es el único método eficaz. El preservativo funciona como una barrera protectora ante el contacto con los fluidos corporales (sangre, semen, fluidos vaginales) involucrados durante las relaciones sexuales, con una eficacia mayor al 98 % (Varela, Salazar, & Correa, 2008).

La importancia del seguimiento de estas recomendaciones para el control de la infección y el mejoramiento de la calidad de vida es necesario explorar estos aspectos en personas con VIH/Sida, con el fin de reorientar las intervenciones que buscan fortalecer la adherencia al tratamiento de una manera integral (Varela, Salazar, & Correa, 2008).

La oferta de la atención integral no asegura que todo aquel que ingrese al programa, mantenga su adherencia, pues hay factores que impiden su buena aceptabilidad del mismo en el primer año de TAR.

8.4 Factores Que Influyen en la Adherencia

Según los datos arrojados de los grupos focales en modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, tanto de personas que viven con VIH a nivel de Santander, como de Profesionales especializados en manejo de esta población, se encuentra que los factores más frecuentes para la inadherencia en su primer año son:

8.4.1 Factores relacionados con las personas

Como resultado de la información obtenida en los grupos focales y de discusiones realizadas, se encontró que hay muchos factores que pueden estar incidiendo para que no haya adherencia al tratamiento, unos relacionados con las personas, otros con el sistema de salud, con la enfermedad misma, con el Equipo de atención en salud y con el tratamiento antirretroviral.

Relacionados con las personas, se encuentran la ausencia de redes de apoyo, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, el consumo de sustancia psicoactivas y alcohol, comorbilidad psiquiátrica, conocimientos y creencias y también el desconocimiento del tema.

Se encontró que para algunas personas es vergonzoso que otras conozcan su diagnóstico y existe temor al estigma social y al rechazo, por parte de su familia y amigos. En algunas personas existe aún la creencia de que VIH, es sinónimo de muerte. Otras manifiestan “sentirse sucias” y que esta situación, les ha disminuido su autoestima. Otras sienten culpa de estar infectadas y se reprochan por su situación. En muy pocos casos, hay manifestaciones de deseos de venganza. Algunas manifiestan que, a partir del diagnóstico, han tenido un cambio de actitud frente a la vida, de manera negativa. También se encontraron factores socioeconómicos, “no tengo dinero para asistir mensualmente a los controles”, la situación geográfica: “vivo muy lejos, pierdo dos días, para ir al control”, la salud mental: “con esta enfermedad, me volví, más depresivo”, mitos y tabús: “tengo miedo de infectar a las personas con las que convivo, al compartir espacios y objetos”, identidad sexual oculta: “mi familia, no sabe que soy homosexual”, situación laboral: “no solicito los permisos mensuales para ir al control, me da miedo que me despidan”.

8.4.2 Factores relacionados con el sistema de salud

Dentro de los factores relacionados con el sistema de salud, manifestaron la desafiliación por desempleo y el desconocimiento del funcionamiento del sistema, los trámites administrativos, EPS - paciente y el fraccionamiento de los servicios de salud, que hacen que el paciente se deba desplazar a diferentes lugares, al no encontrar toda la oferta de atención requerida, en una sola IPS.

8.4.3 Factores relacionados con la enfermedad

En la fase asintomática de la infección por VIH, es muy frecuente que las personas infectadas hagan negación del diagnóstico: “yo no tengo nada, yo no siento nada” hay duda frente a la prueba confirmatoria: “esas pruebas, estaban mal, yo no creo que tenga eso”, y duda frente a la eficacia terapéutica: “esos medicamentos no sirven para nada”.

8.4.4 Factores relacionados con el equipo asistencial

En la relación del equipo de salud con el paciente, se encontraron algunos aspectos como la confianza, continuidad, accesibilidad y confidencialidad. Algunos pacientes manifestaron sentir desconfianza y hostilidad hacia los profesionales de la institución de atención integral, otros manifestaron sentir presión para las valoraciones con el equipo interdisciplinario: “me siento obligado a pasar con los profesionales, no tengo tiempo para eso”, también hablaron de la revictimización, cuando hay cambio de alguno de los profesionales, del equipo de atención integral: “cada vez que paso con un profesional nuevo, me toca contarle otra vez la historia”. Es

importante recordar en este aspecto que los equipos de atención integral cuentan con varios profesionales: Médico infectólogo, médico experto, enfermera, psicólogo, trabajador social, nutricionista, regente de farmacia y TEC:

El manejo del VIH supone la conformación de un equipo de trabajo básico con profesionales de medicina, enfermería, psicología, nutrición, trabajo social, así como un trabajador de la salud encargado de asesorar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral (TEC). Podrán vincularse otros profesionales de acuerdo con las propuestas de atención implementadas en cada institución.

El profesional de medicina se reconocerá como médico encargado, responsable de liderar el manejo clínico del usuario, que se encarga de reforzar la información, a los pacientes y favorecer la articulación con otras intervenciones.

El profesional de enfermería dará soporte en las labores de administración y articulación de intervenciones, búsqueda activa de usuarios ante problemas de cumplimiento, coordinación de suministro de medicamentos y entrega de órdenes de laboratorio de control, administración de información y documentación requerida por el usuario, es el punto de contacto permanente entre el usuario y el programa.

El profesional de psicología dará soporte a las intervenciones del equipo en la esfera emocional y psicosocial, en lo relativo a la reducción de estrés y la ansiedad, la planificación de la reducción del riesgo, el desarrollo de la capacidad para aceptar el estado serológico, sus relaciones con la comunidad, la familia y los otros y continuar su vida personal y familiar siendo VIH positivo.

El profesional en nutrición dará soporte en evaluación nutricional, recomendaciones de mejoramiento nutricional, seguridad alimentaria y otros temas relacionados con higiene en la preparación de alimentos y ajustes en la alimentación para enfrentar las reacciones asociadas con los medicamentos.

El profesional de trabajo social soportará todos los asuntos relativos al apoyo social y familiar, provisión de apoyo por otros miembros de la comunidad, servicios de beneficencia, apoyo espiritual y asesoramiento legal.

El trabajador de la salud, encargado de asesorar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral –TEC, es quien debe buscar la optimización del cumplimiento del tratamiento por parte del paciente y facilitar su adopción de los esquemas definidos.

El trabajo de los miembros del equipo supone la integración efectiva para potenciar los esfuerzos desarrollados en cada campo, implica la reunión conjunta con el usuario, la discusión abierta de alternativas, la comunicación permanente en el curso de las acciones, la disposición al ajuste cuando sea requerido y la toma de decisiones conjuntas. Mecanismos de relación basados sólo en la disposición de información no son suficientes.

Las acciones de educación de la persona infectada, la familia y los cuidadores serán realizadas por todo el equipo terapéutico, de acuerdo con su área de competencia y serán transversales a todo el proceso de manejo. Se dispondrá de médicos expertos para orientar técnicamente las acciones del programa, de acuerdo con las orientaciones definidas en la guía de atención del VIH/SIDA (MINSALUD, 2006, págs. 44-46).

8.4.5 Factores relacionados con el tratamiento antirretroviral

Algunas personas, no aceptan tratamiento. “no sé, ni como se llaman”, esto hace parte de la etapa de negación, el no querer ni saber el nombre de los medicamentos. Otras sienten desconfianza del medicamento, “me hacen daño”.

El inicio del TAR, para algunas personas es muy difícil, porque en ese proceso de adaptación y aceptación, generalmente hay síntomas como mareos, dolores de cabeza y nauseas, por eso las personas lo asocian, con que el medicamento les hace daño. Otras personas tienen actitudes negativas frente a la toma del medicamento: “no soy bueno para tomar pastillas”. Muchas personas tienen miedo a los eventos adversos de los medicamentos, y a los cambios físicos, como la pérdida de masa muscular.

Otra situación difícil de aceptar es el hecho de tener que someterse a un tratamiento de por vida. En algunos pacientes que están con tratamiento antirretroviral, hay desesperanza e incredulidad, cuando el equipo de salud compara los reportes de los laboratorios de control y se observa que no se han modificado, esto sucede más con las cargas virales y con los recuentos de linfocitos.

Otras personas que ocultan su condición de infección, en su núcleo familiar y social, manifiestan sentir mucho estrés para la toma de pastillas por la cantidad, “no me gusta que me pregunten que son y para qué son”. Para otras, hay negativa para la toma de los medicamentos, por expectativas de vida. “para que me los tomo si de todas maneras me voy a morir”. También los medicamentos entorpecen las actividades de la vida diaria, como trabajar., porque deben estar pendientes de cumplir horarios para la toma de los mismos.

Se encuentra que la religión influye en algunas personas para abandonar el tratamiento: “el pastor me dijo que ya no me lo tomara, que ya me curé”

El abandono del TAR, por algunas personas, tiene que ver con su situación laboral. Algunos desempleados abandonan cuando encuentran una oportunidad laboral: “me salió un buen trabajo y tocaba aprovechar, por eso no volví”.

Hay otra situación que desesperanza y hace que las personas no deseen continuar con la TAR y tiene que ver con el cambio de estadio de la infección, cuando se presenta algún cuadro o complicación compatible con SIDA, es decir, pasar de etapa de infección a SIDA. Fuente: Datos Grupos focales- Grupos de Discusión.

9. Estrategias de Intervención para la Adherencia en su Primer Año

De acuerdo con los factores relacionados, determinados por los grupos focales, hay que tener en cuenta unas acciones claves que ayudan a mantener la adherencia del tratamiento, tales como:

- Facilitar una relación terapéutica. El primer contacto médico-paciente, debe darse en un entorno agradable, utilizando una terminología clara y comprensible, tratando de satisfacer las necesidades del paciente en forma asertiva y oportuna
- Estar siempre en disposición de diálogo, a la escucha activa, además de que el profesional debe tener la capacidad de aceptación del paciente, tal y como es, generando confianza, seguridad y apoyo (Naranjo & Ricaurte, 2006).

Teniendo en cuenta dichos factores, se exponen las estrategias esenciales para los pacientes de inicio de Terapia antirretroviral (TAR) en su primer año.

9.1 Estrategia de Acercamiento

9.1.1 Estrategia de apoyo y acercamiento con el personal de salud.

Se centra en la educación, prevención, comunicación y apoyo psicosocial. Es decir que cada centro especializado en el manejo de esta población debe apropiarse en su contexto asistencial profesional, un trabajo coordinado con otros servicios sociales y asistenciales, buscando que el paciente siempre en su proceso note el apoyo que se le está brindando. (Venegas, 2016)

Para ello es fundamental potenciar al paciente en:

- Búsqueda de recursos que fomenten la resiliencia: disponibilidad de alguna persona que brinde una red de apoyo social; sentido del humor, acceso a la información y aptitudes orientadas hacia la resolución de problemas, espiritualidad, autoestima y auto concepto.
- Apoyo social: detectamos si la persona cuenta con una red afectiva y de sujeción, si lo ha contado a alguien, o si desea contarlo, a quién y por qué o para qué. La presunción de rechazo por parte de los otros, así como el temor de que su derecho a la reserva del diagnóstico sea vulnerado. Hacer entender que su confidencialidad estará a salvo, evitando que esto sea un motivo que genera en las personas con VIH la preferencia de ocultar su diagnóstico, apelando a estrategias diversas para poder mantenerlo en secreto.
- Acompañamiento psicológico necesario: algunas personas sólo requieren una consejería y orientación, por el contrario, otras personas solicitan un psicoanálisis más prolongado que apunta a lograr el ajuste a esta situación vital.
- Psicoterapias focalizadas a asumir la infección desde diversos ángulos; las implicancias médicas, adherencia al tratamiento y controles regulares desde la posición activa del paciente; los

cuidados en relación con la transmisión o reinfección; y que el significado atribuido al virus no obstaculice sus proyectos vitales ni sus vínculos personales. Iniciando desde un aspecto de prevención, con el objetivo de reducir los daños ya existentes, impidiendo que lleven a resultados físicos, psicológicos y/o sociales negativas, ayudando a la resolución de los contextos que las personas están cruzando y evitando mayor vulnerabilidad.

Se deben abordar temáticas como: Habilidades para la vida, autoestima y auto concepto, comunicación asertiva, toma de decisiones, solución de conflictos, manejo de las emociones y sentimientos, manejo del estrés, pensamiento crítico, relaciones interpersonales.

- Seguimiento y trabajo en equipo. El paciente se debe involucrar con el equipo de salud y éstos deben ser conscientes de su responsabilidad y de la importancia de la relación paciente – profesional de salud - negociación del plan terapéutico, el manejo de la toma de medicamentos teniendo en cuenta las actividades cotidianas, entablar alianzas y vínculos de apoyo con la familia y allegados.

9.1.2 Estrategias de intervención-proximidad a la TAR.

Está demostrado que las intervenciones que combinan los componentes cognitivos, conductuales y afectivos son más eficaces (Venegas, 2016). Es por ello que las estrategias de intervención individualizadas, basadas en estrategias psicoeducativas y de asesoramiento personal, con capacidad para adaptar el esquema del tratamiento antirretroviral a los hábitos de vida del paciente, proporcionando estrategias de resolución de problemas, dan mejores resultados.

- Preparar al paciente para que comprenda la necesidad del inicio del tratamiento cuando lo necesite.

- Discutir con él las diferentes opciones de tratamiento existentes. Permitiéndole reflexionar acerca del mismo después de ser adecuadamente informado acerca de una terapia efectiva, a pesar de que ésta pueda ser compleja, pero que precisa de un elevado cumplimiento. Se debe evaluar individualmente cada caso

- Explicar los beneficios y las consecuencias de la no adherencia y qué porcentaje de adherencia es necesario.

- Se recomienda iniciar tratamiento en los pacientes convencidos y en los que se ha conseguido consenso.

- Se hace necesaria en algunos casos una adecuada valoración psiquiátrica, antes de iniciar el tratamiento.

- Individualizar y simplificar las pautas de tratamiento.

- Brindar educación sexual, para evitar las reinfecciones y promover el uso del preservativo.

- Formular dosis óptimas. (Medicamentos que vienen en presentación de dos o tres componentes, en una sola tableta).

- Manejo y comprensión de los efectos secundarios.

- Apoyo de la familia o de las personas más próximas, siempre en búsqueda del apoyo al paciente.

- Programar adecuadamente las consultas y visitas de domiciliarias. Contando con la disponibilidad de tiempo del paciente.

- Verificar cumplimiento y tolerancia, por parte de personal encargado.

- Informar avances virológicos e inmunológicos (casos especiales de vigilancia estricta virológicamente).

- Investigar las causas y buscar soluciones en caso de no cumplimiento. Brindar estrategias de cumplimiento y/o asistencia al programa.
- Apoyo al entorno familiar y social. Si hay necesidad, dar terapia de familia.
- Registro y seguimiento de indicadores de alerta temprana.

9.1.3 Estrategias en los modelos terapéuticos.

Los tratamientos sencillos y de alta barrera genética favorecen la adherencia. (La barrera genética alta, significa que se necesita que se acumulen varias mutaciones del virus, para hacer resistencia). Las opciones actuales de combinación en dosis única diaria son interesantes, aunque han de evaluarse los factores que influyen en su impacto clínico (Venegas, 2016).

- El TAR debe individualizarse y adaptarse a las necesidades y preferencias de cada paciente. Son aconsejables las pautas más sencillas en cuanto a número de comprimidos y a dosis diarias.
- En pacientes con supresión virológica mantenida, alcanzada con una pauta compleja, puede considerarse simplificar el TAR a pautas que hayan demostrado igual o mejor seguridad y eficacia.
- Estrategias para favorecer la recordación sobre la toma de los medicamentos: el uso de pastilleros, las alarmas, los sistemas de beepers, adicional a una serie de formatos recordatorios que se han diseñado para facilitar la adherencia a los mismos.

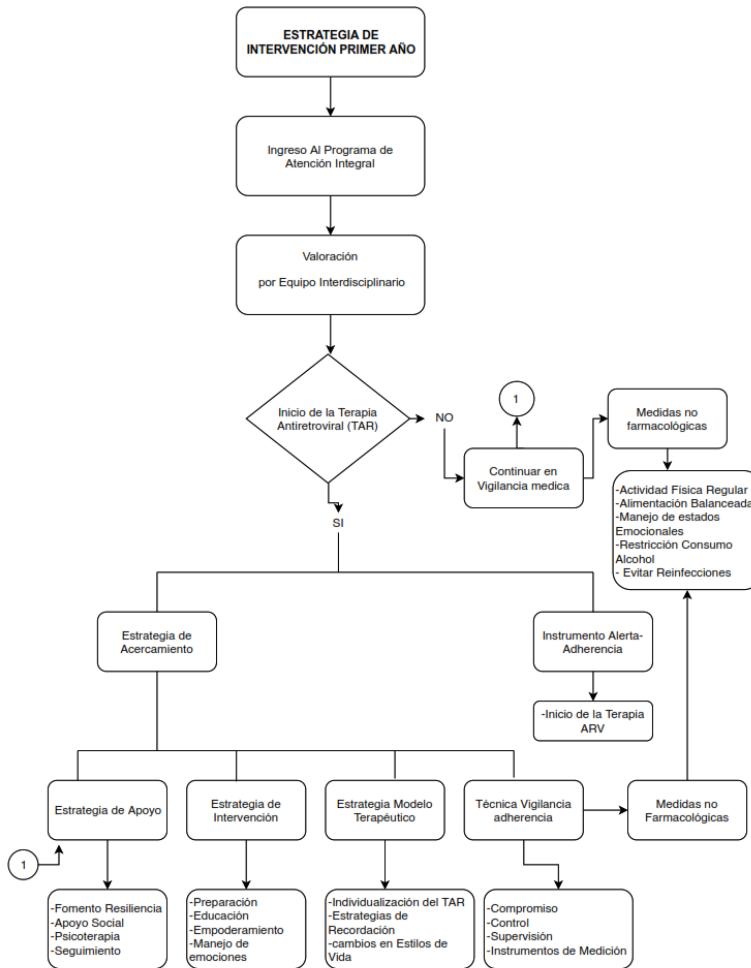
9.1.4 Técnicas para vigilar la adherencia

Habiendo adquirido el compromiso del paciente, para el inicio y mantenimiento de la terapia, se puede llegar a comprobar dicha responsabilidad bajo ciertas técnicas de vigilancia (Venegas, 2016).

- Establecer un compromiso previo al TAR. (acta de compromiso con metas alcanzar)
- Evaluar los resultados del CD 4 y de la carga viral, después de haber iniciado TAR. (se recomienda a las ocho semanas de inicio de la TAR)
- Controlar el registro de reclamo de medicamentos por el químico farmacéutico o regente de farmacia, control que se puede llevar junto al indicador de alerta temprana, notificando inmediatamente se detecte, al encargado del proceso.
- Realizar seguimiento a la asistencia mensualmente, de no ser así, realizar proceso de demanda inducida por parte de trabajo social.
- Realizar mediciones con escalas o instrumentos establecidos para dicho fin.
- Realizar visita domiciliaria, consensuada con el paciente, para verificar las dosis tomadas con las dosis suministradas, frente a la cantidad encontrada de medicamentos.
- Garantizar el control en la consulta médica.

Figura 8.

Estrategia de intervención primer año



9.2 Instrumento Alerta-Adherencia

De acuerdo con los resultados de los grupos focales realizados con equipos de salud de las IPS de atención integral, se determinan los factores más importantes en la adherencia y se diseña el siguiente instrumento, con la finalidad de verificar el riesgo de inadherencia de una persona diagnosticada con VIH que iniciará su tratamiento. El instrumento debe ser dirigido por un profesional de la salud.

Las opciones de respuesta son dicotómicas, por lo cual solo encontrará dos opciones de respuesta, (Si-No) y una casilla de observaciones, para resaltar datos importantes a tener en cuenta en la evaluación.

Tabla 11.

Valoración a PVVIH al iniciar TAR.

Aspectos Individuo- Enfermedad	Si	No	observaciones
	2	1	
1. Recibida la información y educación frente a la enfermedad ¿tiene claro sus conceptos?			
2. ¿Recuerda para que le envían los medicamentos ARV?			
3. ¿Se siente en capacidad de tomar su tratamiento en los horarios recomendados?			
4. ¿Está en la capacidad de ajustar las recomendaciones médicas dadas, para mejorar su estilo de vida (tratamiento no farmacológico)? No consumo de alcohol ni de SPA, realización de ejercicio, entre otras.			
5. ¿Se siente en la capacidad de afrontar los estados emocionales como la ansiedad, la depresión y el estrés?			
6. ¿Cuenta con algún familiar, amigo, o entidad que le brinde apoyo en este proceso?			
7. ¿Cuenta con recursos económicos propios, para desplazarse a las citas médicas?			
8. ¿Tiene disponibilidad económica para atender las necesidades básicas? Vivienda, comida, vestido.			

-
9. ¿Padece alguna otra enfermedad de importancia, que pueda llegar a interferir con la toma del tratamiento actual?
10. ¿Posee usted algunas creencias religiosas, culturales, sobre el VIH y el tratamiento, que impidan o estén en contra de la toma de su tratamiento?
11. ¿Tiene claro las indicaciones dadas, las puede leer?
-

Respecto a su prestador de servicios-administrativos

12. ¿Fueron aclaradas las dudas, respecto al proceso de la enfermedad, con la atención que se le brinda en esta institución?
13. ¿Explicaron beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?
14. ¿Se sintió cómodo en la atención brindada en la institución?
15. ¿Sintió empatía con algún profesional, que lo atendió?
16. ¿Cree que si falla al tratamiento seria comprendido por su médico tratante?
-

Respecto al tratamiento

17. ¿Cree que sus diversas actividades, laborales, cotidianas, pueden interferir con la toma de sus medicamentos?
18. ¿Se siente molesto (a), por la cantidad de pastillas que debe tomar diariamente?
19. ¿Está en la capacidad de afrontar los eventos adversos, que puede llegar a producir su TAR?
20. ¿Al sentirse mejor o no sentir ninguna molestia en su estado de salud, dejaría el tratamiento?
21. Anteriormente para otras enfermedades que ha sufrido, ¿ha terminado los tratamientos ordenados por su médico?
22. ¿Está usted en la capacidad de auto- cuidarse con esta enfermedad?
23. ¿Le queda claro que, las intervenciones a realizar, en esta o consultas futuras son para ayudarlo a sobrellevar este proceso?
-

La suma de los puntos de su evaluación definirá el riesgo posible de inadherencia que se encuentra en el paciente para el inicio de su TAR

Tabla 12.

Riesgo posible de inadherencia que se encuentra en el paciente para el inicio de su TAR.

Medición adherencia	Adherencia eficaz	46
	Alerta de No Adherencia	43 a 45
	Inadherente	0-42

Adherencia Eficaz: Paciente del que se puede esperar que sea cumplidor de su tratamiento al 100%. Igual, que, con cualquier usuario del Programa de Atención Integral, el Equipo de Salud debe seguir brindándole técnicas de apoyo y acompañamiento.

Alerta de no adherencia: Paciente que requiere más acompañamiento, educación sobre el proceso de infección por VIH, refuerzo sobre beneficios del tratamiento, pero también sus efectos

secundarios. Se le debe ofrecer la posibilidad de esperar, sino hay seguridad de su adherencia y seguir acompañándolo en su proceso de toma de decisión de inicio de la terapia antirretroviral.

Inadherente: Paciente al que no le conviene iniciar TAR, porque su inadherencia le puede ocasionar fallas terapéuticas y resistencias a los medicamentos, lo que complicaría su situación de salud. El Equipo de salud debe estar más atento con estos pacientes y revisar todas las posibles causas, sus redes de apoyo, aspectos sicosociales, culturales, creencias religiosas, situación económica., entre otras. Son pacientes que requieren más comprensión por parte del equipo de salud, más acompañamiento y técnicas de apoyo.

10. Potenciales Intervenciones Estratégicas

✓ **Alerta roja - Acciones de intervención inmediata**

- Inducción del usuario al programa, al cual se va a someter
 - Establecer una relación equipo-paciente empática y efectiva
 - Acompañamiento en proceso de afrontamiento, ante su enfermedad
 - Definir un plan de manejo con metas a cumplir
 - Consensuar un acta de compromiso entre Profesionales y usuario en alto riesgo de no adherencia.
-
- Desarrollar sesiones de intervención psicológica cada 15 días desde el momento del diagnóstico y durante los primeros 3 meses, después una vez al mes durante el primer año
 - Crear un sistema de mensajes de texto para recordar momentos importantes, tales como: citas médicas, alimentación, toma de tratamiento antirretroviral (ARV), paraclínicos. Estas acciones deben ser realizadas por Trabajo Social o Enfermería
 - Médico y enfermera deben mantener una vez al mes, conversación directa sobre la experiencia de cada paciente y su adherencia (seguimiento a variaciones de carga viral, durante el primer año)
 - Generar espacios de encuentro grupal, para personas con diagnóstico reciente y/o que inicien su Tratamiento. (grupos de apoyo)
 - Realizar seguimiento telefónico por Química farmacéutica, para realizar vigilancia estricta del tratamiento y/o sus eventos adversos. Por alguna sospecha de inadherencia deberá informar al equipo de seguimiento, Trabajo Social o Enfermería para intervenir a tiempo.

- Realizar medición de adherencia de manera mensual
- Visita domiciliaria (Debe ser concertada previamente, con el usuario, por los casos donde su familia, desconoce el diagnóstico)

✓ **Alerta Amarilla – Intervención prioritaria**

Riesgo identificado: Factores individuales, económicos y educativos

- Inducción del usuario al programa al cual se va a someter
- Establecer una relación Equipo-Paciente, empática y efectiva
- Acompañamiento en el proceso de afrontamiento de su enfermedad
- Estrategias de empoderamiento: involucramiento, liderazgo, autorregulación, motivación
- Definición de un plan de manejo, con metas a seguir
- Concertación de acta de compromiso entre Profesionales y usuario, en riesgo intermedio de no adherencia
- Conocer necesidades sociales del usuario, determinar el riesgo y acompañar en la búsqueda de solución
- Enganchar con organizaciones comunitarias, que puedan brindar la ayuda necesaria
- Educación intensiva, explicaciones claras y comprensibles, adaptadas a su léxico
- Buscar alianzas con su familia y allegados, como apoyo en el proceso
- Incluir en grupos de apoyo de pares
- Gestionar viáticos, en caso de falta de recursos económicos
- Coordinar con otras entidades con las que se deban gestionar trámites, para el paciente
- Compartir creencias y comportamientos, desde un enfoque terapéutico

- Valoraciones interdisciplinarias mensuales, o a necesidad (Sicología, Trabajo Social, Enfermería, Química Farmacéutica, Nutrición)
- Visita domiciliaria (Debe ser concertada previamente, con el usuario, por los casos donde su familia, desconoce el diagnóstico)

✓ **Factores relacionados con el tratamiento**

- Inducción en el tema de los medicamentos antirretrovirales, eventos o reacciones adversas, efectividad, duración, consecuencias del abandono, riesgo-beneficio, en relación con su enfermedad
 - Ofrecer un tratamiento de acuerdo con factores relacionados con el paciente: interacciones medicamentosas, estilo de vida, etc.
 - Cuando exista enfermedad de base, se debe remitir al especialista pertinente
 - Ofrecer la posibilidad de tratamientos simplificados (menos tomas diarias) definir una pauta informativa para precisar la toma de los antirretrovirales: nombre del medicamento, dosis diaria, cantidad, horarios, asimilación con actividades de la vida diaria. Entregar recomendaciones por escrito
 - Buscar estrategias de recordación de tomas: uso de alarmas, memos
 - Seguimiento telefónico cada 15 días, por química farmacéutica
 - Incluir en grupos de apoyo – pares
 - Ofrecer pastilleros, para dosis viajeras
 - Seguimiento a entrega del medicamento, para evitar interrupciones
 - Valoraciones Interdisciplinarias (Psicología, Trabajo Social, Enfermería, Química farmacéutica y Nutrición)

- Visita domiciliaria (Debe ser concertada previamente, con el usuario, por los casos donde su familia, desconoce el diagnóstico)

- Verificar toma de medicamentos, con reportes de control de laboratorios

✓ **Factores asistenciales y/o administrativos**

- El Equipo de salud debe estar capacitado y entrenado en atención a personas viviendo con VIH/SIDA

- El Equipo de salud debe brindar atención humanizada

- Se debe garantizar la accesibilidad y continuidad del tratamiento

- Darle solución a las dificultades que se presenten por desafiliación en el sistema de salud, con la entidad territorial y EPS

- Brindar asesoría en cambios de régimen entre subsidiado y contributivo, así como en las normas de movilidad y portabilidad en el sistema de salud

- Seguimiento telefónico por parte del Equipo Interdisciplinario

- Cuando se realice traslado de IPS de atención Integral, entregar copia de la Historia Clínica al paciente

✓ **Seguimiento adherencia**

El equipo de salud podrá evaluar al paciente en su primer mes de tratamiento con el cuestionario de Moriski-Green o con el cuestionario de adherencia SMAQ. Cualquiera de los dos cuestionarios, son formatos destinados a un mismo objetivo, medir la adherencia. De igual manera existen diversos instrumentos que se pueden utilizar.

Tabla 13.

Cuestionario de Moriski-Green

- ¿Se olvida alguna vez de tomar el medicamento?	Si	No
- ¿Toma la medicación a la hora indicada?	Si	No
- Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	Si	No
- Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar la medicación?	Si	No

✓ **Cuestionario de adherencia SMAQ**

¿Olvida tomar la medicación alguna vez? Sí__ No__

¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada? Sí__ No__

¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal? Sí__ No__

Olvido tomar la medicación durante el fin de semana Si__ No__

¿En la última semana cuantas veces no tomó alguna dosis?:

A: Ninguna

B: 1-2

C: 3-5

D: 6-10

E: Mas de 10

1. Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomo la medicación? Días.

Se considera no adherente: 1: Si, 2: No, 3. Si, 4: Si, 5: C, D, E, 6: más de 2 días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente. La pregunta *5 se puede usar como semicuantitativa: A: 95-100% Adhesión, B: 85-94%; C: 65-84%, D: 30-64% y E<30%.

11. Conclusiones

La presente investigación arrojó hallazgos de gran relevancia que deben ser tomados en cuenta al momento de dar un manejo integral del paciente con VIH/SIDA para evitar la muerte. Hay factores tanto individuales (poca red de apoyo, no conciencia de enfermedad, prácticas sexuales de riesgo), como institucionales, es decir del sistema de salud, como la falta de oportunidad en la entrega de medicamentos y los trámites en las EPS, que se presentan como grandes retos para ser abordados e intervenidos desde todos los frentes de trabajo, dentro de los cuales la educación debe ser el pilar fundamental. Esto último debería empezar por el mismo paciente, sobre todo en los grupos de mayor vulnerabilidad, como los HSH, pasando por los profesionales de la salud y el personal administrativo del sistema de salud.

Asimismo, la dinámica familiar es imprescindible en el diagnóstico y apoyo al paciente con VIH/SIDA, ya que la red de apoyo familiar con la que cuenta el paciente juega un papel fundamental en el reconocimiento del problema y en la aceptación del diagnóstico, lo cual a su vez repercute en la adherencia al tratamiento y en su calidad de vida. Sin embargo, se debe tener presente que la familia también sufre un impacto significativo al momento de conocer el diagnóstico del integrante afectado, de ahí la importancia de una buena educación respecto al VIH/SIDA.

Por otra parte, el análisis puso de manifiesto que la situación económica y algunos asuntos laborales, como las dificultades de asistencia debido al horario y al ocultamiento del diagnóstico, por miedo al estigma social en el lugar de trabajo, tuvieron influencia tanto en la inasistencia de los pacientes a sus controles médicos, como en el abandono del tratamiento. Esto refuerza la

necesidad de educar al paciente con VIH/SIDA en sus derechos y deberes para que tenga claridad sobre las ayudas económicas a las cuales puede acceder para garantizar la continuidad y cumplimiento de su tratamiento. Asimismo, también se evidencia la necesidad de educación de la población general y de los pacientes para mitigar el estigma social generado por la infección por VIH/SIDA.

Adicionalmente, es importante reducir los trámites que los pacientes deben realizar ante la EPS a la que se encuentran afiliados, pues se evidenció que los pacientes tienen dificultades para acceder a pruebas diagnósticas o para ser remitidos a las IPS para iniciar su tratamiento. Además, es fundamental hacer un seguimiento estricto a los pacientes para identificar efectos secundarios a los medicamentos y poder dar un manejo adecuado y oportuno a los mismos, pues esto deriva en una mayor y mejor tolerancia del tratamiento y a su vez, aumenta la adherencia al tratamiento.

A pesar de lo que se ha mencionado previamente, el presente estudio contó con algunas limitaciones durante su proceso de realización. En primer lugar, solo pudieron obtenerse 19 unidades de análisis de mortalidad por VIH/SIDA en los años 2017-2018 (11 en 2017 y 8 en 2018) y no fueron seleccionadas aleatoriamente, sino que fueron las que pudieron recopilarse a partir de los entes administrativos encargados de su realización. Lo anterior podría derivar en que los resultados presentados puedan estar afectados por un sesgo de selección; aunque también es de anotar que las entidades que proveyeron las unidades de análisis no conocían el objetivo del estudio, por lo cual es razonable pensar que hay una baja probabilidad de que se hayan seleccionado un conjunto particular y específico de muertes. Asimismo, las muertes analizadas podrían no ser representativas de todas aquellas ocurridas durante el período de estudio; es decir, lo ideal hubiera sido contar con las unidades de análisis de todas las muertes por VIH/SIDA ocurridas en los años de interés. Por último, el número pequeño de unidades disponibles para

analizar redundante en la imprecisión de algunas estimaciones en donde el tamaño de muestra no es suficiente para obtener un intervalo de confianza más estrecho.

En segundo lugar, durante la extracción de la información se identificó cierta discrepancia entre documentos al llenar la rejilla de demoras, pues se percibía que había confusión al momento de interpretar los ítems de esta sección. De esta forma, hubo casos en donde la respuesta a algunas casillas contradecía lo que se anotaba en el resumen de historia clínica o en el espacio de observaciones. Lo anterior pudo presentarse por la falta de definición y explicación de los ítems evaluados en el análisis de demoras, puesto que el documento donde se desarrolla la metodología de las unidades de análisis no define claramente algunos conceptos indagados y estos pueden quedar a la interpretación del equipo encargado de hacer la unidad de análisis. Asimismo, en este documento tampoco hubo claridad con respecto al concepto de muerte evitable, si era evitable en el contexto de toda la historia de infección por VIH/SIDA o solo al momento de presentar la patología aguda que llevó a la persona a la muerte.

La situación previamente descrita puede derivar en un potencial sesgo de información, pues los encargados de realizar las unidades de análisis parecen no estar estandarizados en cuanto a la comprensión y diligenciamiento de la sección del análisis de demoras. Los hallazgos obtenidos desde el enfoque cuantitativo fueron corroborados desde la perspectiva cualitativa del estudio, lo cual aumenta la robustez de los resultados.

Para concluir, esta investigación permitió identificar una serie de características de las personas fallecidas por SIDA, que pueden guiar el manejo integral de las personas viviendo con VIH, para aumentar su adherencia al tratamiento antirretroviral. Más aún, el presente estudio también puede servir de base para más investigaciones a futuro, que podrían ayudar a la

construcción de un programa de abordaje desde lo educativo, pilar fundamental y el abordaje desde los aspectos sociales, psicológicos y médicos.

12. Recomendaciones

- Continuar garantizando atención interdisciplinaria en el paciente con VIH/SIDA resulta fundamental para ayudar al paciente en el proceso de aceptación del diagnóstico y lograr una alta adherencia al tratamiento que le permita tener una adecuada calidad de vida, en condiciones óptimas.

- La educación resulta fundamental en todo el proceso del manejo integral del paciente con VIH/SIDA, por lo cual esta debe brindarse continuamente por parte de todo el equipo interdisciplinario, sobre todo por los profesionales psicosociales, quienes deben ayudar a potenciar la autoconfianza y el empoderamiento de las personas con VIH/SIDA, haciendo uso de sus propios recursos. Asimismo, los profesionales de la salud son actores claves en el cambio de conductas y en la generación de estilos de vida saludables en personas con VIH/SIDA, por lo cual también deben brindar educación constantemente.

- Es importante plantear estrategias de afrontamiento para la aceptación del diagnóstico de infección por VIH/SIDA, pues esto resulta ser un cambio drástico en todos los ámbitos de la vida de la persona afectada.

- Es necesario que el equipo de salud encargado de realizar las unidades de análisis tenga mayor claridad sobre los ítems evaluados en la rejilla de demoras y sobre algunos otros conceptos usados en la unidad de análisis para que los registros sean válidos y confiables con respecto a la

información que se consigna. Para esto, sería ideal dar capacitaciones sobre el instrumento empleado para hacer la unidad de análisis y hacer un instructivo más claro y específico con respecto a la forma correcta de diligenciarlos y a las definiciones de los términos empleados.

Referencias Bibliográficas

- Acta colombiana de psicología 11 (2): 101-113, 2008. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje 1 María Teresa Varela Arévalo* Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia Isabel Cristina Salazar Torres**Universidad de Granada, España Diego Correa Sánchez*** Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia
- Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores. Revista Cuidarte <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.522>
- Balandrán, D., Gutiérrez, J., & Romero, M. (2013). Evaluación de la adherencia antirretroviral en México: adherencia de cuatro días vs. índice de adherencia. *Revista de Investigación Clínica, LXV(5)*, 384-391. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn135c.pdf>
- Benavides, M. F. (2017). *Adherencia al tratamiento y autoeficacia en hombres con VIH/Sida de la ciudad de Cali*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana. Obtenido de <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/8602>
- Bonilla, C. (2007). *Adherencia y factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Bosworth, H.B., Granger, B.C., et al. (2011). Como mejorar la adherencia al tratamiento. *SIIC American Heart Journal, CLXII(3)*, 412-424.

Bukenya D.; Nsubuga B.; Nakamanya S.; et al. What causes non-adherence among some individuals on long term antiretroviral therapy? Experiences of individuals with poor viral suppression in Uganda. *AIDS Research and Therapy* 2019.

Cancio, I., Massip, T., Rocha, N., & Rodríguez, J. (2009). *La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH información para el equipo de salud*. La Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba, Dirección Nacional de Asistencia Médica.

Congreso de la República de Colombia. (2012). Obtenido de LEY ESTATUTARIA 1581 DE 2012: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1581_2012.html

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2019). *La importancia de la adherencia en el tratamiento del VIH*. Obtenido de sitio web de InfoSIDA: <http://www.infosida.es/que-es-el-tratamiento-arv/convivir-con-el-vih/la-importancia-de-una-buena-adherencia>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (2019). *Seguimiento de un régimen de tratamiento del VIH: Pasos a seguir antes y después de empezar a tomar los medicamentos contra el VIH*. Obtenido de sitio web de InfoSIDA: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/21/55/seguimiento-de-un-regimen-de-tratamiento-del-vih--pasos-a-seguir-antes-y-despues-de-empezar-a-tomar-los-medicamentos-contra-el-vih>

Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/SIDA. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 15, N.º 1, 2011.

- Fundación Huésped. (2014). *Abordaje psicológico de personas con VIH*. Buenos Aires: Johnson & Johnson. Obtenido de <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/1/Abordaje-psicologico-de-personas-con-VIH.pdf>
- Galido, P., Mueses, H., Galindo, J., & Martínez, J. (2013). Resistencias transmitidas del VIH en pacientes sin exposición previa al tratamiento antirretroviral. *Asociación Colombiana de Infectología, XVII*(1), 19-27. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-infectio-351-pdf-S0123939213700444>
- García, I., & Juárez, M. (2014). Promoción de una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH\SIDA mediante entrevista motivacional. *Universitas Psychologica, 13*(2), 651-660. Recuperado el septiembre de 2019, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64732221021>
- García, I., & Juárez, M. (2014). Promoción de una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH\SIDA mediante entrevista motivacional. *Universitas Psychologica, 13*(2), 121-130. Recuperado el septiembre de 2019, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64732221021>
- Gomez, A., Delgado, O., Peñaranda, M., Ventayol, P., Martin, M., & Riera, M. (2017). Seguimiento del primer año de tratamiento antirretroviral en pacientes naive en un hospital de tercer nivel. *Infectio, XXI*(3), 168-175. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/316052640_Seguimiento_del_primer_ano_de_tratamiento_antirretroviral_en_pacientes_naive_en_un_hospital_de_tercer_nivel/fulltext/58eed88c458515c4aa52d317/Seguimiento-del-primer-ano-de-tratamiento-antirretroviral-en-p
- Gonzalez, J., Dolores, M., Rodriguez, A., Dolores, M., Pérez, C., & Santos, B. (9 de junio de 2015).

- Intervenciones para la mejora de la adherencia al tratamiento en pacientes pluripatológicos: resumen de revisiones sistemáticas. *Revista Atención primaria*, 2(48), 121-130. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.012>
- Granada, A. M., Vanegas, C., Forero, E., Silva, C., & Vergara, E. P. (2018). Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con VIH SIDA en un hospital de tercer nivel. *Acta Medica Colombiana*, XLIII(1), 31-36. Obtenido de <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2018/01-2018-05.pdf>
- Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos.
- Hernandez, Morelia. (2001). El medico ante el paciente de VIH / SIDA. *Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, VI(2), 75-79.
- Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Rev. Perú Med Exp Salud Publica*. 2015; 32(1):66-72.
- Instituto Nacional de Salud. (2018). *Boletín epidemiológico semanal*. Bogotá: Gobierno de Colombia. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2047.pdf>
- Knobel, H., & Guelar, A. (2004). Estrategias para optimizar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Intervenciones en la pauta terapéutica. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, XXII(2), 106-12. Obtenido de <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0213005X0473044X>
- La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev. salud pública*. 17 (4): 528-540, 2015.

- Laria, S., & Rodríguez, E. (2013). Evaluación de la atención integral a las personas con VIH/sida en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, XXIX(3), 336-343. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v29n4/mgi07413.pdf>
- Libertad, M., Bayarre, H., & Grau, J. (2008). Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(1), 11-16. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012
- Libertad, M., Bayarre, H., Corugedo, M., Vento, F., Matos, Y., & Orbay, M. (ene-mar de 2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas, revista cubana de salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 33-45. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu04115.pdf>
- López, L., Romero, S., Parra, D., & Rojas, L. (Enero-Junio de 2016). ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CONCEPTO Y MEDICIÓN. *Hacia promoc. salud.*, 21(1), 117-137. doi: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos*. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/VS/PP/GPC-corta-VIH-ADOLESCENTES-ADULTOS-final.pdf>
- MINSALUD. (2013). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

MINSALUD. (30 de Noviembre de 2017). *Travesía de pacientes con VIH por Colombia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Regiones/Paginas/Traves%C3%ADa-de-pacientes-con-VIH-por-Colombia.aspx>

MINSALUD. (2018). *PLAN NACIONAL DE RESPUESTA ANTE LAS ITS, EL VIH, LA COINFECCIÓN TB/VIH Y LAS HEPATITIS B Y C, COLOMBIA, 2018-2021*. Bogotá, Colombia.

Muñoz, N. (2005). *Novedades en adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR)*. Cádiz: Hospital Universitario Puerta del Mar. Obtenido de https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/5_AF_VIH_2005/2_novedades_adherencia.pdf

Naranjo, I., & Ricaurte, G. (2006). La comunicación con los pacientes. *Investigación y educación en enfermería*, XXIV(1), 94-98. Obtenido de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/6728/1/NaranjoIsabel_2006_ComunicacionPacientes.pdf

Nogués, X., Sorli, M. L., & Villar, J. (2007). Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *Anales de Medicina Interna*, XXIV(3), 138-141. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009&lng=es&tlng=es

ONUSIDA. (2018). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Obtenido de <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

ONUSIDA. (10 de Octubre de 2019). *90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida*. Obtenido de <https://www.unaids.org/es/resources/909090>

ONUSIDA. (S.F). *90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida*. Obtenido de <https://www.unaids.org/es/resources/909090>

- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica*. Washington, D. C.: Biblioteca Sede OPS. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Antirretroviral-Experiencias-Exitosas-Tratamiento-Antirretroviral.pdf>
- Organización Panamericana de Salud. (2006). *Normas para la Atención Integral a las personas con VIH*. Panamá: Ministerio de Salud. Obtenido de https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&alias=276-normas-para-la-atencion-integral-a-las-personas-con-vih-1&category_slug=publications&Itemid=224
- Organización Panamericana de Salud. (s.f.). *Protocolo integrado de VIH e ITS en atención primaria*. Panamá: Ministerio de Salud. Obtenido de https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=epidemiologia-y-control-de-enfermedades&alias=492-protocolo-8-manual-de-aps-para-el-manejo-de-vih-e-its&Itemid=253
- Ortiz, C. (18 de Diciembre de 2010). Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *av.enferm*, 73.87. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a07.pdf>
- Orueta, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, XXIX(2), 40-48. Obtenido de https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf
- Panel de expertos de Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) , Grupo de Estudio del Sida (GESIDA). (2008). Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones de la SPNS/SEFH/GESIDA. *Farmacia Hospitalaria*, XXXII(6), 349-357. doi:10.1016/S1130-6343(08)76284-6

- Pérez, J. (2005). Ponencias de las IX jornadas de sanidad penitenciaria: Cuidados de enfermería y adherencia a los tratamientos en los pacientes V.I.H. *Revista española de sanidad penitenciaria*, VII(3). Obtenido de <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/296/650>
- Pfizer. (2009). *III FORO DIÁLOGOS PFIZER-PACIENTES 'LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: CUMPLIMIENTO Y CONSTANCIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA*. Obtenido de https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud & Ministerio de la Protección Social. (2006). *Modelo de gestión programática en VIH/sida*. Bogotá: Colección Publicaciones PARS.
- Ramos, L. (jul-dic de 2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, 16(2), 175-189. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v16n2/ang06215.pdf>
- Santamaría, C., & Uribe, A. (2017). Adherencia al tratamiento en pacientes VIH+ y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *I+D Revista de Investigaciones*, X(2), 89-101. Obtenido de <http://www.udi.edu.co/revistainvestigaciones/index.php/ID/article/view/142>
- Santoro, P., & Conde, F. (2013). Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativo. *Revista multidisciplinar de SIDA*, I(1), 41-58. Obtenido de <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/wp-content/uploads/2016/03/original-6-SIDA-v1n1.pdf>
- SEFAC. (2017). *Guía para ayudar al farmacéutico comunitario a mejorar la adherencia terapéutica*. Barcelona: ESTEVE. Obtenido de <https://www.esteve.com/es/prensa/sefac->

presenta-una-guia-para-ayudar-al-farmaceutico-comunitario-a-mejorar-la-adherencia-terape

Sivigila. Informes secretaria de Salud de Santander.

Tafur, E., Ortiz, C., Alfaro, C., García, E., & Faus, M. (2008). Adaptación del "Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral" (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *Ars pharmaceutica*, *XLIX*(3), 183-198. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6357630&orden=0&info=link>

Tafur, E., Ortiz, C., García, E., Faus, M., & Martínez, F. (2012). Impacto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú). *Fundación Pharmaceutical Care*, *XIV*(4), 146-154. Obtenido de <https://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/81/75>

Varela, M., & Hoyos, P. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Salud pública*, *XVII*(4), 528-540. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.v17n4.38429>

Varela, M., Salazar, I., & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por vih/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, *XI*(2), 101-113. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79811210.pdf>

Venegas, B. (2016). *Programa nacional de prevención y control de ITS/VIH/sida*. Obtenido de sitio web de ONUSIDA: <http://onusidalac.org/1/index.php/internas/item/2257-programa-nacional-de-prevencion-y-control-de-its-vih-sida>

VIH - SIDA y "adherencia" al tratamiento Enfoques y perspectivas. Antípoda N0 3 julio - diciembre de 2006.

Vilató, L., Martín, L., & Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, *XLI*(4), 620-630.

Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21443545005>

90 – 90 – 90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia del SIDA.

ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.