

Diagnóstico educativo sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en médicos y enfermeras de la atención primaria de salud

Educative diagnosis on adherence to antiretroviral treatment in doctors and nurses in primary health care

MSc. Ana Gloria Romero González,¹ Dra. C. Libertad Martín Alfonso,¹ MSc. Bertha González Valcárcel,¹ MSc. Ana Tahisy Romero González¹¹

¹ Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

¹¹ Hospital Militar "Octavio de la Concepción". Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la deficiente adherencia a los tratamientos antirretrovirales, se ha convertido en un problema de salud de gran importancia, por lo que es necesario promover una correcta relación terapéutica, entre el profesional de la salud, y la persona con VIH/sida.

Objetivos: identificar el nivel de conocimientos relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral, las principales prácticas profesionales que se realizan, y la percepción de capacitación que tienen los médicos y enfermeras del municipio Camagüey, en el periodo de septiembre de 2006 a junio de 2007.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, la población estuvo constituida por 150 enfermeras y 90 médicos. La muestra quedó conformada por 100 enfermeras y 65 médicos de la atención primaria de salud, que atendían en los consultorios, a las personas con VIH/sida.

Resultados: los médicos y las enfermeras muestran escasos conocimientos en algunos elementos esenciales, relacionados con la adherencia a los tratamientos de larga duración, y la repercusión que tienen en la calidad de vida de las personas con VIH/sida. Existen dificultades en algunas prácticas profesionales, llevadas a cabo con los pacientes. Hubo insuficiente percepción de capacitación relacionada con el tema, para promover la adherencia en los pacientes.

Conclusiones: los conocimientos que poseen los médicos y enfermeras de la familia, son insuficientes para abordar con calidad, la atención a las personas con VIH/sida, que se acogen al sistema de atención ambulatorio.

Palabras clave: virus de inmunodeficiencia humana, adherencia, cumplimiento, tratamiento antirretroviral, atención primaria de salud, sistema de atención ambulatorio.

ABSTRACT

Introduction: poor adherence to antiretroviral treatment has become an important health issue, so it is necessary to promote proper therapeutic relationship between health professional and the persons with HIV/AIDS.

Objectives: to identify the level of knowledge related to the antiretroviral therapy adherence, the major professional practices performed and the training perception of doctors and nurses from Camagüey municipality during september 2006 to june 2007.

Methods: a cross sectional study was conducted, out of 150 nurses and 90 doctors, a sample was made up by 100 nurses and 65 doctors from primary care, assisting HIV/AIDS patients.

Results: physicians and nurses showed little knowledge of essential elements relating to adherence to long-term treatment and the impact it has on the quality of life of HIV/AIDS people. There are difficulties in some professional practices, performed on patients. There was insufficient awareness training related to the topic, to promote adherence in these patients.

Conclusions: the knowledge of primary care doctors and nurses are insufficient to deal with quality care for HIV/AIDS people, benefiting from the outpatient care system.

Key words: human immunodeficiency virus, adherence, compliance, antiretroviral treatment, primary health care, outpatient care system.

INTRODUCCIÓN

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y en particular la historia de la pandemia VIH/sida, se puede dividir en dos etapas: La primera abarca su descripción inicial y el descubrimiento del agente causal en la década de los años 80, en la cual la enfermedad tenía una evolución natural, y los médicos solo podían tratar las complicaciones y las enfermedades oportunistas; y una segunda etapa, después de la aparición de las terapias combinadas (antirretrovirales), las que han modificado sustancialmente la evolución de la infección por VIH/sida, con la disminución de infecciones oportunistas y la mejora de la calidad y esperanza de vida de las personas infectadas.¹

La aparición de resistencia viral, la toxicidad al medio, así como la necesidad de una alta adherencia al tratamiento, provocan que los riesgos y beneficios de este sean cuidadosamente sopesados, a la hora de tomar una decisión terapéutica. En la infección por VIH, la buena adherencia al tratamiento, se ha correlacionado con una progresión clínica más lenta de la enfermedad, y con marcadores virológicos más bajos.^{2,3}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que "el incumplimiento del tratamiento" es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes.⁴

El informe anual del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA), sobre la situación de la epidemia del sida en el 2006, publicó que en el mundo existen con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas, en el propio año se produjeron a escala mundial 4,3 millones de nuevas transmisiones y fallecieron 2,9 millones como consecuencia de enfermedades relacionadas con el sida. Según informe de la OMS y la Secretaría del ONUSIDA a finales del 2009, se produjeron 2,7 millones de nuevas infecciones y se estima que alrededor de 33,4 personas viven con VIH en el mundo.⁵

El Caribe, posee las tasas más altas de infección por VIH en el planeta, después de África. Aunque se considera que Cuba es uno de los países caribeños menos afectado, las cifras muestran que en la actualidad, la epidemia está ubicada en un estadio lento, con propagación fundamentalmente en áreas urbanas, sostenido con mayor incidencia en el último quinquenio.

Con los estudios realizados al término del 2006 por el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha Contra el Sida (GOPELS), se conoció que en Cuba viven 7 863 personas con VIH, 2 986 casos con sida, con predominio del sexo masculino el 80,5 % de todos los casos diagnosticados, y ya han fallecido 1 529. Este mismo grupo de trabajo, reportó en el año 2009, un total de 12,217 seropositivos al VIH, superior en hombres (22,9 %) que en mujeres (4,8 %) comportamiento similar al de años precedentes, en los que se ha marcado sida en 4 938 y han fallecido 2 127.^{6,7}

Los avances en la producción de medicamentos genéricos desde el año 2001 en Cuba, han permitido la ganancia en años de vida y la reducción en un 70 % de las enfermedades oportunistas. El acceso gratuito a medicamentos antirretrovirales, evidencia el descenso y estabilidad de la mortalidad a causa del sida.⁸

La provincia de Camagüey con una población de 787 744 habitantes, ocupa la séptima posición con respecto al resto de las provincias del país, con una tasa de 4,0 por el número de casos infectados con el virus del VIH. Al concluir julio del 2007 mostró cifras que evidencian el aumento progresivo de la epidemia, se detectaron 36 nuevas transmisiones, para un total de 264 personas con VIH, con un incremento de 14 casos en comparación con igual periodo del año anterior, se reportaron 37 fallecidos y se han diagnosticado hasta el momento, 80 casos de sida con acceso a la terapia antirretroviral.⁹

En el año 2009 se reportaron 81 seropositivos al VIH, 4 casos con sida, superior el contagio en hombres (65) que en mujeres (16), comportamiento similar al de años precedentes, lo cual significa que el mayor riesgo de adquirir VIH, se encuentra en la población masculina.¹⁰

En dicha provincia, el municipio más afectado fue Camagüey con una tasa de 10,44. Se ha observado un incremento en los últimos años con una dinámica que tiene una mayor aceleración en el periodo 2000-2006. La proporción por sexo mantiene el predominio masculino (83 %), y mayor incidencia en los hombres que tienen sexo con otros hombres (51 %). La mayor prevalencia según la edad se halla entre 15 a 29 años. En el año 2009 se diagnosticaron 53 seropositivos, de estos 12 son mujeres y 41 hombres, y no hubo fallecidos.^{11,12}

En los últimos años ha existido un incremento de personas infectadas con el virus del VIH, incorporadas al sistema de atención ambulatorio, con el área de salud como escenario fundamental, donde interactúan los diferentes actores involucrados en la comunidad.

En supervisiones efectuadas a los consultorios médicos de las áreas de salud, se ha podido comprobar, que existen dificultades en la atención y el seguimiento a las personas con VIH, y en particular con la labor del médico y enfermera orientada al logro de la adherencia al tratamiento antirretroviral, el cual es de gran valor para el mejoramiento de la calidad de vida y la supervivencia, en esta enfermedad.

El proceso de descentralización de la atención médica a la comunidad no se había podido implementar en toda su magnitud, como está establecido en el Programa Nacional de Control de las ITS y el VIH/sida, por lo que podemos suponer que es limitada la preparación y experiencia del personal médico, para el abordaje del problema de la adherencia terapéutica. Debido a esto, aunque no existen estudios en el territorio que permitan fundamentar los niveles de adherencia terapéutica en las personas con VIH/sida, es preciso destacar que la falta de adherencia, debe ser contemplada como un problema que impide alcanzar la efectividad clínica que puede conseguirse con los recursos disponibles, para el tratamiento de la infección por el VIH.¹³

El diagnóstico educativo es un método que permite indagar sobre los conocimientos, actitudes, sentimientos, emociones, habilidades y conductas, que poseen los profesionales para afrontar los problemas de salud. Mejorar la calidad de vida de las personas, requiere de participación activa y transformadora para tomar decisiones y realizar acciones. Se hace necesario entonces, tener en cuenta elementos para advertir las necesidades de aprendizaje y percibir el beneficio de la habilitación de los individuos y de la población, con el fin de ejercer un mayor control sobre las determinantes de salud.¹⁴

Por todo lo expresado nos motivamos a realizar esta investigación, con el objetivo de identificar el nivel de conocimientos relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral, las principales prácticas profesionales que se realizan, y la percepción de capacitación que tienen los médicos y enfermeras del municipio Camagüey, en el periodo de septiembre de 2006 a junio de 2007.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el periodo comprendido entre septiembre de 2006 y junio de 2007. La población estuvo constituida por 150 enfermeras y 90 médicos. La muestra quedó conformada por 100 enfermeras y 65 médicos de la atención primaria de salud, que atendían en sus consultorios a personas con VIH/sida.

Los datos fueron obtenidos a partir de un cuestionario, se tomó como referencia uno elaborado para un estudio similar. Este fue modificado y adecuado según los intereses de esta investigación (anexo). Se estructuró en 4 acápite que exploraron aspectos como: variables sociodemográficas, conocimientos, prácticas profesionales y percepción de capacitación.

Para la validación del cuestionario se utilizaron criterios de expertos, ofrecidos por 3 especialistas del Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/sida, 3 educadores para la salud del Centro Provincial de Prevención de las ITS/VIH/sida de Camagüey, y un médico especialista de I grado en microbiología y máster en infectología y enfermedades tropicales, perteneciente al Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología de la provincia.

Se realizó un pilotaje con el objetivo de evaluar la comprensión de las preguntas y de realizar los ajustes precisos, se aplicó el cuestionario a 5 médicos especialistas en Medicina General Integral y 5 Licenciadas en Enfermería de la atención primaria de salud, y como requerimiento se tuvo en cuenta que no se encontraran incluidos en la investigación. Esto permitió realizar modificaciones en algunas preguntas, que no fueron comprendidas adecuadamente.

Para la aplicación del cuestionario a los médicos y enfermeras que conformaron la población objeto de estudio, se requirió del apoyo de 3 profesionales de la salud, 2 educadores para la salud y 1 psicólogo, quienes fueron capacitados con respecto al objetivo de la investigación y los procedimientos establecidos.

El cuestionario se aplicó de forma autoadministrada en los policlínicos, según el cronograma previsto y la previa coordinación con las áreas de salud. Se cumplieron todos los procedimientos y consideraciones éticas establecidas, así como la supervisión de la ejecución de las tareas, para el control de la calidad de los procedimientos empleados.

Con la información recolectada se elaboró una base de datos en el sistema Excel de Microsoft Office, para su posterior procesamiento. Los resultados se expresaron en valores absolutos y relativos.

RESULTADOS

El presente estudio estuvo constituido por 65 médicos y 100 enfermeras de la familia, se observó predominio del sexo femenino (64,4 %) en ambas profesiones, se encontraban principalmente entre los 23 y 40 años (80 %) en los médicos y entre 31 y 60 años (90 %) en las enfermeras.

Esta investigación tuvo la finalidad de identificar el nivel de conocimientos, las prácticas profesionales llevadas a cabo con los pacientes, y la percepción en cuanto a la necesidad de capacitación, lo cual se efectuó mediante la aplicación de un cuestionario semiestructurado.

En la tabla 1 se observa que fueron poco identificados los tres elementos que distinguen el término adherencia terapéutica. La participación activa del paciente y su colaboración voluntaria con el tratamiento fue el menos reconocido, solo 13 (20 %) de los médicos y 18 (18 %) de las enfermeras, lo identificaron como aspecto del concepto adherencia. En relación con el elemento de alianza, negociación o acuerdo médico-paciente, se comprobó que 27 (41,5 %) de los médicos lo reconoció y únicamente 28 (28 %) de las enfermeras lo refirió, y expresaron desconocimiento en relación con el rol del paciente en la toma de sus propias decisiones en cuanto al tratamiento, 17 (26,2 %) de los médicos y 25 (25 %) de las enfermeras.

En la tabla 2 se muestra que son bajos los conocimientos sobre algunas de las repercusiones de la correcta adherencia. Más de la mitad de las enfermeras 59 (59 %) no reconocen que aumenta la carga viral, se observan mejores resultados en los médicos. Menos de la mitad de los médicos 26 (40 %) no consideró que evite la resistencia medicamentosa, se destacó mejores resultados en las enfermeras. Se reveló que 30 (46,2 %) de los médicos y 48 (48 %) de las enfermeras, no identificaron que previene el daño del sistema inmunológico. También 30 (46,2 %) de los médicos y 66 (66 %) de las enfermeras, consideraron que la correcta adherencia no sube la carga viral.

Tabla 1. Distribución de médicos y enfermeras según conocimiento sobre el término adherencia terapéutica

| Término adherencia terapéutica | Médicos n = 65 | | | | Enfermeras n = 100 | | | |
|--|----------------|------|------------|------|--------------------|----|------------|----|
| | Conocen | | No conocen | | Conocen | | No conocen | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Participación activa y de colaboración voluntaria con el tratamiento | 13 | 20 | 52 | 80 | 18 | 18 | 82 | 82 |
| Alianza, negociación o acuerdo médico-paciente | 27 | 41,5 | 38 | 58,5 | 28 | 28 | 72 | 72 |
| El paciente toma sus propias decisiones con respecto al tratamiento | 17 | 26,2 | 48 | 73,8 | 25 | 25 | 75 | 75 |

Tabla 2. Distribución según conocimiento sobre la repercusión de una correcta adherencia al tratamiento antirretroviral

| Conocimiento | Médicos n = 65 | | | | Enfermeras n = 100 | | | |
|---|----------------|------|------------|------|--------------------|-----|------------|-----|
| | Conocen | | No conocen | | Conocen | | No conocen | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Aumenta la calidad de vida | 65 | 100 | --- | --- | 100 | 100 | --- | --- |
| Aumenta la carga viral | 62 | 95,4 | 3 | 4,6 | 41 | 41 | 59 | 59 |
| Disminuye la capacidad mutagénica del virus | 53 | 81,5 | 12 | 18,5 | 76 | 76 | 24 | 24 |
| Evita la resistencia medicamentosa | 39 | 60 | 26 | 40 | 82 | 82 | 18 | 18 |
| Previene el daño del sistema inmunológico | 35 | 53,8 | 30 | 46,2 | 52 | 52 | 48 | 48 |
| Sube la carga viral | 35 | 53,8 | 30 | 46,2 | 34 | 34 | 66 | 66 |

En la tabla 3 se aprecia que más de las tres cuartas partes de los médicos 55 (84,6 %) y 82 (82 %) de las enfermeras, refirieron instaurar el tratamiento con una explicación clara y comprensible de las características de este, 49 (75,4 %) del total de los médicos y 78 (78 %) de las enfermeras, manifestaron brindar explicación de la forma en que deben cumplir el tratamiento, 55 (84,6 %) de los médicos y un porcentaje pequeño de las enfermeras, 13 (13 %) refirió preguntar a la persona si está de acuerdo con el tratamiento indicado, elemento importante para el logro de la adherencia. En porcentajes similares revelaron 50 (77 %) de los médicos y 75 (75 %) de las enfermeras, solicitar a la persona con VIH/sida que manifieste sus dudas sobre el tratamiento. Por su parte declararon 45 (69,2 %) de los médicos y 62 (62 %) de las enfermeras, que analizan con la persona alternativas para el cumplimiento.

Tabla 3. Distribución de médicos y enfermeras según acciones que realizan en el momento de instaurar el tratamiento

| Acciones | Médicos n = 65 | | Enfermeras n = 100 | |
|--|----------------|------|--------------------|----|
| | No. | % | No. | % |
| Explicación clara y comprensible de las características del tratamiento | 55 | 84,6 | 82 | 82 |
| Explicación de la forma en que debe cumplirlo | 49 | 75,4 | 78 | 78 |
| Pregunta a la persona si está de acuerdo con el tratamiento | 55 | 84,6 | 13 | 13 |
| Solicita a la persona con VIH/sida que manifieste sus dudas sobre el tratamiento | 50 | 77 | 75 | 75 |
| Analiza con la persona alternativas para el cumplimiento | 45 | 69,2 | 62 | 62 |

En la tabla 4 se observa que el 100 % de los médicos y enfermeras, señalaron en primer lugar la información clara y comprensible como una práctica correcta para lograr la adherencia. En segundo lugar, reconocen la comunicación horizontal de mutuo acuerdo, con mayor proporción las enfermeras 96 (96 %) que los médicos 58 (89,2 %). Identificaron en tercer lugar, 94 (94 %) de las enfermeras y en un porcentaje inferior los médicos 51 (78,5 %), la comunicación afectiva persuasiva, y por último la comunicación de ordeno y mando reconocida en menor proporción como una práctica correcta 4 (4 %) de las enfermeras y 2 (3,1 %) de los médicos. Se puede considerar que los profesionales asumieron, que esta es la vía de comunicación que menos favorece el logro de la adherencia.

Tabla 4. Distribución según prácticas de comunicación médico-paciente para el logro de la adherencia terapéutica

| Prácticas de comunicación | Médicos | | | | Enfermeras | | | |
|--|----------|------|------------|------|------------|-----|------------|-----|
| | Correcto | | Incorrecto | | Correcto | | Incorrecto | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Información clara y comprensible | 65 | 100 | --- | --- | 100 | 100 | --- | --- |
| Comunicación horizontal de mutuo acuerdo | 58 | 89,2 | 7 | 10,8 | 96 | 96 | 4 | 4 |
| Comunicación afectiva persuasiva | 51 | 78,5 | 14 | 21,5 | 94 | 94 | 6 | 6 |
| Comunicación vertical de ordeno y mando | 2 | 3,1 | 63 | 97 | 4 | 4 | 96 | 96 |

Tabla 5. Distribución de médicos y enfermeras según percepción de capacitación en adherencia terapéutica

| Percepción de capacitación | Médicos n = 65 | | Enfermeras n = 100 | |
|----------------------------|----------------|------|--------------------|-----|
| | No. | % | No. | % |
| Se considera capacitado | 25 | 38,5 | 28 | 28 |
| No se considera capacitado | 40 | 61,5 | 72 | 72 |
| Total | 65 | 100 | 100 | 100 |

En la tabla 5 se apreció que 40 (61,5 %) de los médicos y 72 (72 %) de las enfermeras, se perciben como no capacitados en el tema de la adherencia terapéutica. Solo asumieron que se encontraban capacitados 25 (38,5 %) de los médicos y 28 (28 %) de las enfermeras.

DISCUSIÓN

La investigación reflejó, que existe desconocimiento para brindar una óptima atención médica a las personas con VIH/sida, ya que no se reconocen los elementos esenciales del término adherencia terapéutica, lo cual no permite que los médicos y enfermeras traten la problemática de la adherencia al tratamiento antirretroviral, a partir de la definición de sus características esenciales. *Acosta González* reporta resultados similares en su investigación en hipertensión arterial.¹⁵

Es necesario considerar la importancia de que los profesionales de la salud conozcan qué se entiende por "adherencia al tratamiento" desde el punto de vista conceptual, así como las dimensiones que la componen, con vistas a trabajar en función de un comportamiento más eficiente, tanto del paciente como del equipo de salud, y

superar el tradicional enfoque, dirigido solo al "cumplimiento" de las indicaciones médicas.¹⁶

Al valorar los conocimientos que tienen estos profesionales en relación con la repercusión de la correcta adherencia terapéutica, se apreció que la totalidad reconoce que aumenta la calidad de vida de las personas; sin embargo se observó que no identifican ni médicos ni enfermeras, algunos aspectos de suma importancia en la calidad de vida y supervivencia de las personas, a quienes les está indicado el tratamiento.

Con relación a la interacción médico-paciente, cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente. Los médicos y enfermeras manifestaron que realizan prácticas adecuadas de comunicación, para lograr los resultados esperados con el tratamiento.

En la literatura se han descrito diversas estrategias para incrementar la adherencia terapéutica, se debe partir de la instrucción y preparación del profesional de la salud, para que desarrollen comunicaciones persuasivas, afectivas y eficaces y se simplifiquen los regímenes terapéuticos.¹⁷

La satisfacción en cuanto a la comunicación del paciente con el equipo de atención en salud, es una variable importante que puede contribuir a la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos. La comunicación no solo debe servir para obtener la información que el médico necesite, sino para que el paciente se sienta escuchado y comprenda enteramente el significado de su enfermedad, al igual que en otros ámbitos se han constatado errores que se atribuyen sobre la base del efecto actor-observador.^{18,19}

Algunos estudios refieren, la importancia de la cooperación del paciente en la instauración del régimen terapéutico. La colaboración, la discusión y el acuerdo entre ambos, con respecto a todo lo que concierne al tratamiento, son los aspectos que implican de manera activa al paciente en su cumplimiento y permiten superar el mero "cumplimiento" y lograr la adhesión.²⁰

Se ha demostrado que la satisfacción en la comunicación del paciente con el equipo de atención en salud, son variables que pueden contribuir a la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos.²¹

En el Sistema de Atención Ambulatorio es fundamental la labor del equipo multidisciplinario, que debe brindarle atención, educación y consejería a la persona con VIH, lo cual redundará en una atención médica integral.

Los resultados nos hacen pensar que aún existen dificultades especialmente en el médico y la enfermera de la familia. Esto indica la necesidad de realizar acciones de preparación y capacitación para los profesionales de la salud, implicados en el marco de la atención primaria, que contribuyan a resolver la problemática de la no adherencia terapéutica.

Los médicos y enfermeras del municipio Camagüey, que atienden a personas con VIH/sida en la comunidad, mostraron escasos conocimientos en relación con los elementos esenciales del concepto de adherencia al tratamiento. Aunque refirieron realizar adecuadas prácticas profesionales, no perciben el valor que tiene el trabajo en equipo y su responsabilidad en el logro de la adherencia de los pacientes, aspectos de gran importancia para asumir estrategias relacionadas con las exigencias terapéuticas de esta enfermedad. Ambos profesionales expresaron tener

necesidades de capacitación, para abordar con calidad la atención y seguimiento de las personas acogidas al Sistema de Atención Ambulatorio.

Anexo. Cuestionario

Este cuestionario anónimo tiene como propósito identificar los conocimientos, prácticas profesionales y la percepción de capacitación relacionadas con la adherencia terapéutica, en médicos y enfermeras que atienden a personas con VIH sida.

Necesitamos que nos responda con la mayor sinceridad las preguntas que les realizamos a continuación. Muchas gracias.

Edad _____

Categoría ocupacional

• Médico _____

• Enfermera _____

1. Marque con una (X) los elementos que considere pertenecen al término cumplimiento del tratamiento, y con (XX) los del término adherencia al tratamiento:

a) El paciente no toma sus propias decisiones acerca del tratamiento, cumple fielmente las indicaciones _____

b) Alianza, negociación o acuerdo con el paciente _____

c) Orientación y cumplimiento del tratamiento _____

d) Participación activa y de colaboración voluntaria con el tratamiento _____

e) El paciente toma sus propias decisiones acerca del tratamiento _____

2. En su experiencia profesional qué repercusión tiene una correcta adherencia a los antirretrovirales. Marque con una X las respuestas que considere correctas:

a) Aumento de la calidad de vida _____

b) Evita la resistencia medicamentosa _____

c) Sube la carga viral _____

d) Disminuye la capacidad mutagénica del virus _____

e) Previene el daño del sistema inmunológico _____

f) Aumento de la carga viral _____

3. ¿Cuál o cuáles de estas alternativas usted considera que es/son parte del apoyo social, para lograr una correcta adherencia al tratamiento antirretroviral en las personas con VIH?

- a) Familia _____
- b) Amistades _____
- c) Equipo de ayuda mutua _____
- d) Médico y enfermera _____
- e) Compañeros de trabajo _____
- f) Pareja _____

4. ¿Cuáles de los siguientes elementos influyen positivamente en la adherencia al tratamiento antirretroviral, en las personas con VIH/sida? (Puede marcar más de uno):

- a) Escolaridad del paciente _____
- b) Información acerca de la enfermedad _____
- c) Motivación por su salud y su vida _____
- d) Percepción de los beneficios del tratamiento _____
- e) Percepción de la gravedad de la enfermedad _____
- f) Sentirse capaz de realizar el tratamiento _____

5. ¿Cuáles de estos factores relacionados con el fármaco considera que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento antirretroviral? (Puede marcar más de uno):

- a) Múltiples tabletas diarias _____
- b) Administración de medicamentos en ayunas _____
- c) Presencia de reacciones adversas _____
- d) Lipodistrofia _____

6. ¿Considera usted que la adherencia al tratamiento antirretroviral es vital (muy importante) en las personas con VIH/sida?

Sí _____ No _____

7. ¿A quién atribuye la responsabilidad en el logro de la adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas con VIH/sida que atiende en su consultorio?

Marque con una X las respuestas que considere correctas:

- a) Médico y enfermera _____
- b) Atención sanatorial _____

- c) Epidemiólogo del programa ITS/VIH/sida _____
- d) Coordinador de la línea de apoyo a personas con VIH _____
- e) Persona con VIH/sida _____

8. ¿Cuáles de las siguientes prácticas de la comunicación médico-paciente considera que son las correctas para lograr la adherencia terapéutica?

- a) Información clara y persuasiva _____
- b) Comunicación horizontal de mutuo acuerdo _____
- c) Comunicación vertical de ordeno y mando _____
- d) Comunicación afectiva persuasiva _____

9. ¿Qué tipo de educación le proporciona a las personas con VIH/sida?

- a) Educación terapéutica _____
- b) Información sobre hábitos nutricionales _____
- c) Información sobre sexualidad responsable _____

10. ¿Identifica necesidades educativas relacionadas con la adherencia terapéutica en las personas con VIH/sida?

Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca _____

11. ¿Cuáles de estas vías utiliza para evaluar la adherencia a los tratamientos de las personas con VIH?

Marque con una X sus respuestas (puede marcar más de una):

- a) Visitas domiciliarias _____
- b) Consultas de seguimiento _____
- c) Información brindada por la familia _____
- d) Información brindada por la propia persona con VIH/sida _____

12. ¿Analiza con las personas con VIH/sida las causas de incumplimientos de la terapia?

Siempre _____ Algunas veces _____ Nunca _____

13. Marque con una X cuál o cuáles de las siguientes acciones usted realiza, en el momento de instaurar el tratamiento a la persona con VIH/sida o en la consulta de seguimiento:

- a) Explicación clara y comprensible de las características del tratamiento _____

- b) Explicación de la forma en que debe cumplirlo _____
- c) Pregunta a la persona si está de acuerdo con el tratamiento _____
- d) Pregunta a la persona alternativas si puede cumplirlo _____
- e) Analiza con la persona alternativas para el cumplimiento _____
- f) Solicita a la persona que manifieste sus dudas sobre el tratamiento _____

14. ¿Se considera debidamente capacitado para resolver los problemas relacionados con la adherencia terapéutica de sus pacientes?

Sí _____ No _____

15. ¿Cuál de los siguientes elementos considera pertinentes incorporar en las capacitaciones?

- a) Técnicas de comunicación social en salud _____
- b) Utilización de medios audiovisuales _____
- c) Técnicas educativas _____
- d) Disciplinas relacionadas con la conducta de las personas _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Pautas cubanas para el tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/sida. La Habana: PNUD: IPK; 2004. p. 19.
2. Organización Mundial para la Salud. Pautas de tratamiento antirretroviral en adultos para países de Latinoamérica y el Caribe: Washington: OMS; 2002. p. 3.
3. Sandoval Arévalo R. Tratamiento antirretroviral. [Consultado: 13 septiembre de 2007]: [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.indetectable.org/pages/tratamiento.htm>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe anual de ONUSIDA 2009. Ginebra: OMS; 2009. p. 14-43.
5. ONUSIDA. Resumen de Orientación. Informe sobre la epidemia mundial del sida 2006 [en Internet]. 2007 enero. [Consultado: 8 de enero de 2007]: [aprox. 14 p.] Disponible en: http://www.unaids.org_en_HIV_datos_2006_global_reporte_2006_org_es.aps
6. Naciones Unidas Decenio Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales (DIRDN). Unidad Regional para América Latina y el Caribe. San José, Costa Rica. [Monografía en Internet] [Consultado: 21 de noviembre de 2006]: [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.globalsida.org/esp/001.html>

7. Ministerio de Salud Pública. Informe anual del grupo operativo para el enfrentamiento y lucha contra el sida. Situación de la epidemia del VIH/sida. ITS/VIH/sida. La Habana: MINSAP; 2006. p. 6-27.
8. Ministerio de Salud Pública. República de Cuba. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS [Monografía en Internet]. La Habana; 2010 [Consultado: junio de 2010]: [aprox. 42 p.]. Disponible en: http://www.portalsida.org/Article_Details.aspx?ID=10527
9. Ministerio de Salud Pública. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Informe estadístico ITS-VIH/sida. Camagüey: MINSAP; 2009. p. 4-12.
10. Ministerio de Salud Pública. Centro Provincial de Higiene y Epidemiología. Informe estadístico ITS-VIH/sida. Camagüey: MINSAP; 2006. p. 3-6.
11. Ministerio de Salud Pública. Centro Municipal de Higiene Epidemiología y Microbiología. Informe del balance anual de las ITS-VIH/sida. Municipio Camagüey: MINSAP; 2006. p. 3-8.
12. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico para ITS/VIH/sida. Centro Nacional de Promoción y Prevención de las ITS/VIH/sida 2001-2006 Cuba. Se trazaron las primeras estrategias educativas [en Internet] 2007 [Consultado: 14 de junio de 2007]: [aprox. 5 p.] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/estrategia.pdf>
13. Armas Padrino I. Notable efectividad de antirretrovirales cubanos para el sida [base de datos en Internet]. [Consultado: 16 de diciembre de 2006]: [aprox. 11 p.] Disponible en: <http://www.cnctv.cubasi.cu/noticia.php?idn=5208>
14. Sanabria Ramos G. Programa educativo- Resumen de estrategias de intervención, análisis de situación de salud, participación social y programa educativo. (Dossier módulo: Educación para la Salud). Ciudad de La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública; 2005. p. 111-2.
15. Acosta González M. Diagnóstico educativo sobre adherencia terapéutica en hipertensión arterial [Tesis]. La Habana: Policlínico Docente "Mártires de Corinthy"; 2003.
16. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(4):2.
17. Rodríguez Marín J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: Rodríguez Marín J. Psicología Social de la Salud. Madrid. Síntesis; 1995. p. 152-60.
18. Ferrer Gómez M. La lista negra del VIH. [base de datos en Internet]. [Consultado: 1 de diciembre de 2006]: [aprox. 25 p.]. Disponible en: <http://www.expansion.com/edicion/expansion/economiaypolitica/sociedadycultura/es/desarrollo/715097.html>
19. Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen Integr [Consultado: 18 de octubre de 2001];17(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/cielo>

20. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Rev Med Chile. 2007; 135:647.

21. Álvarez González A, Acevedo García I, Amargos González G, Villalón Oramas M. Investigación cualitativa sobre adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH/sida. [Base de datos en Internet]. [Consultado: abril de 2006]: [aprox: 4 p.]. Disponible en: <http://www.bvsida.sld.cu>

Recibido: Junio de 2011.

Aprobado. Diciembre de 2011.

Ana Gloria Romero González. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 y Perla, municipio Boyeros. La Habana, Cuba. Correo electrónico: aromero@infomed.sld.cu