

ATENCIÓN, SEGUIMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO CLINICO EN PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DEL  
SIDA (PVVS) PERTENECIENTES A ESTRATOS 1 Y 2 EN LA CIUDAD DE  
CARTAGENA

Rodríguez, A; Trillos, J\*

INFORME DE PROYECTO SOCIAL PRESENTADO COMO REQUISITO PARA  
LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE PSICÓLOGO

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
CARTAGENA DE INDIAS D. T. Y C., AGOSTO 2008

Asesora Proyecto Social

Titulillo: Adherencia al tratamiento clínico en PVVS

## Tabla de Contenido

Resumen	pág.
<b>Justificación</b> .....	5
<b>Objetivos</b> .....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
<b>Marco Conceptual</b> .....	8
<b>Metodología</b> .....	16
Instrumentos.....	16
Participantes.....	16
Procedimiento.....	17
<b>Resultados</b> .....	21
<b>Discusión</b> .....	24
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	27
<b>Listado de anexos</b>	

## Justificación

El virus sobre la inmunodeficiencia humana (VIH) se conoció por primera vez en San Francisco (Estados Unidos) en el año de 1981 donde se presentó una epidemia de esta enfermedad que ocasionó un sinnúmero de estudios para analizar su procedencia, pero solo en el año 1984 se demostró que este virus era causante de una infección (Porrás, 1999); desde ese entonces los países han implementado diferentes estrategias para prevenirlo y combatirlo.

En Colombia se relaciona la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida - SIDA - a partir del año 1983, teniendo como ciudad originaria de esta enfermedad a Cartagena de Indias quien por ser ciudad turística y puerto marítimo atrae a gran cantidad de extranjeros, los cuales se constituyeron como un agente propagador de la enfermedad en la medida que generaban fuentes directas de contagio como lo son la prostitución y el homosexualismo, es decir, práctica de sexo “no seguro” (Carrasquilla, 1995).

Desde el año de 1983 hasta el año 2005 en Colombia se han notificado 45.790 casos de VIH/sida con una tasa de 10 casos por 100.000 habitantes, con una relación hombre a mujer que ha venido cambiando de nueve a uno, a principios de los años 90, hasta tres a uno en la actualidad, alcanzando en los años 1995 - 2002 el mayor ascenso con 13.195 fallecimientos por VIH en el país. Para el año 2003 el ritmo de crecimiento estuvo cercano al 0.3% dentro del total de la población Colombiana; la ONUSIDA en el año 2004 mostró que estas cifras aunque difieren respecto a los otros países, se encuentran un poco alejadas de medir el ritmo de crecimiento acelerado que ha tenido nuestro país en los últimos 20 años. (Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social, 2005)

En la ciudad de Cartagena de Indias se han venido ejecutando distintos proyectos que van encaminados a la prevención y detección temprana de este síndrome; actualmente existe un programa llamado “Cartagena Como Vamos” donde se presentan cifras de crecimiento anual, mostrando que en el año 2006 se

reportaron 133 nuevos casos de infección, lo que muestra una incidencia de 12,4 personas contagiadas por cada 100.000 habitantes. Estas cifras son las más bajas que se han tenido en la ciudad en los últimos tres años por que en el año 2004 y 2005 estas fueron de 18.9 y 24.3 respectivamente por cada 100.000 habitantes. (Orozco, 2006)

Con base en estos mismos lineamientos, el gobierno Distrital a través de la ley 972 del 2005 hace seguimiento a las entidades prestadoras de servicios de salud, obligándolas a atender de manera prioritaria aquellos pacientes cuyos diagnósticos reverencien el padecimiento confirmado de VIH o SIDA; asimismo estas entidades deben reforzar áreas fundamentales como la rehabilitación y la creación de estrategias de asimilación del mismo. Toda esta normatividad ha generado que dentro del marco de la enfermedad se agrupen profesionales de distintas y diversas áreas con el fin de gestionar un control adecuado de dicha problemática, la cual se denota intensificada por la tendencia de los pacientes relacionados a este diagnostico a evadir su responsabilidad a nivel medico, social, personal y sexual (Orozco, 2006).

En consecuencia, Remor, Rodríguez-Alzamora y Carrobles (2002) afirman que por tal razón la administración y los equipos médicos se han visto en la necesidad de regular o construir un mecanismo que mejore las condiciones del paciente siguiendo protocolos de acción sugeridos por la ONUSIDA para tal fin, al igual que algunas estrategias prácticas desarrolladas por otras organizaciones dedicadas a este servicio. Haciendo hincapié en los protocolos de adherencia al tratamiento y teniendo en cuenta elementos como; la toma de medicación, asistencia a talleres formativos y de control, al igual que las constantes desmejoras mostradas por los exámenes practicados en cuanto al estado de salud y la baja motivación respecto al programa en general.

## Objetivos

### *Objetivo General*

Aplicar un programa de adherencia al tratamiento en pacientes VIH positivos pertenecientes a los estratos 1 y 2 de la ciudad de Cartagena.

### *Objetivos Específicos*

- Identificar y elegir el programa de adherencia al tratamiento en PPVS
- Definir y evaluar periódicamente indicadores de evolución de adherencia al tratamiento en PPVS.
- Evidenciar la efectividad del programa de adherencia al tratamiento en PPVS.
- Establecer estrategias que contribuyan al mejoramiento de los protocolos de adherencia en los pacientes que poseen este diagnóstico.

Atención, seguimiento y fortalecimiento de la adherencia al tratamiento clínico en  
Personas que Viven con el Virus del Sida (PVVS) pertenecientes a estratos 1 y 2  
en la ciudad de Cartagena

La evolución de los seres humanos ha generado el mejoramiento y fortalecimiento de su especie, por tanto ésta se ha vuelto más resistente y menos vulnerable ante los peligros cotidianos propios del ambiente. Los seres humanos cada vez son los más aptos en relación a la supervivencia. Sin embargo, al igual que ellos, otras especies en pro de su adaptación también han logrado evolucionar, ante tales organismos los seres humanos puede que tengan algún control, pero no el total. Por tanto, aún existen afecciones mortales como las enfermedades y/o virus, quienes a pesar de la evolución del hombre, se han mantenido fuertemente en su naturaleza funcional de control de especie. Un virus que sobresale dentro de este panorama es el conocido como *síndrome de inmunodeficiencia adquirida* (SIDA), el cual es la etapa final y más grave de la infección por el *virus de inmunodeficiencia humana* (VIH).

“La infección por VIH se caracteriza por una progresiva disminución de los linfocitos T - CD4, un subgrupo de células responsables de coordinar y regular la respuesta inmune (Gallo, 1991). La infección permanece por un tiempo de forma asintomática y la duración de este periodo depende de la cantidad de virus recibidos en el momento de la infección y de la capacidad del sistema inmunitario para hacer frente a ella. Luego, se produce la fase sintomática, cuando la cantidad de virus en el organismo supera la capacidad del sistema inmune. Esto hace que la persona sea altamente vulnerable a infecciones oportunistas que normalmente son prevenidas por el sistema inmune (Fahey et al., 1990). “Esta última fase es la

que corresponde al SIDA propiamente dicho.” (Tobón, 2004; Ministerio de Salud, 2005)

De acuerdo con datos recientes en relación a la situación de la epidemia de SIDA 2007 del ONUSIDA/OMS, se estima que viven con el VIH alrededor de 33,2 millones de personas. Así mismo, se han producido 2,5 millones de nuevas infecciones y 2,1 millones de muertes como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA. (ONUSIDA, 2007)

Haciéndole frente a esta realidad la comunidad científica busca cada día mejores formas de controlar y/o exterminar dicho virus, pero hasta el momento estos intentos sólo han devengado un conjunto de programas preventivos y de intervención centrados en el manejo de la enfermedad, aún no se ha logrado llegar a la cura y, por tanto, exterminio del SIDA.

Dentro del sinnúmero de programas aplicados para el control de la enfermedad del VIH se destaca en los último tiempos aquellos *basados en evidencia*, entre estos de encuentra el “*Program Announcement #04012 (2004-2008), HIV Prevention Projects, Notice of Availability of Funds*” aplicado en Estados Unidos y la *Guía para el Manejo de VIH / SIDA basada en Evidencias*, aplicado en Colombia.

Antes de abordar cada uno de los programas mencionados cabe aclarar lo referente a las prácticas basadas en evidencias (EBP). Ésta tiene sus raíces en la medicina y puede ser definida como “... el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas en la toma de decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales... [por] integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa de la investigación sistemática” (Bentler, Cheryl, Benjamin, Moodie, Olson y Valente, 2007).

Sin embargo, según Edlin (2008) la industria de la salud aún no utiliza la medicina basada en evidencias (MBE) en su máximo potencial, a pesar de que los estudios apuntan a esa necesidad, como el conocido estudio de RAND 2003 que establece que los estadounidenses están recibiendo sólo la mitad recomendado de atención médica. Gran déficit en la práctica médica que trae como

consecuencia resultados clínicos que se convierten en indicativos que aún no se ha concluido el viaje hacia la aplicación de la medicina basada en evidencias.

Esta misma autora asevera que los expertos coinciden en decir que aplicar evidencias a la práctica es un proceso evolutivo, que ha carecido de herramientas de apoyo necesarias y suficientes por parte de la comunidad de asistencia sanitaria. David Eddy, MD, co-fundador y director médico de Arquímedes en Aspen, Colorado, define la medicina basada en evidencias como "un conjunto de principios y métodos destinados a garantizar que, en la mayor medida de lo posible, y con base en la población y políticas de cada médico, las decisiones sean coherentes con las pruebas de eficacia y beneficio. " Como se explicó en el 19 de junio de 2007, cuestión de Asuntos de Salud, el término combina evidencias aplicadas a las directrices y evidencias aplicadas a la educación médica y a la toma de decisiones individual de cada médico".

Con respecto a la implementación de MBE, es imposible para los médicos entender todo lo que necesitan saber sin mecanismos que puedan filtrar, ordenar y adaptar las pruebas, apuntando a la mejor solución para una situación específica del paciente. La solución puede encontrarse en una combinación de la gestión del conocimiento clínico, la transparencia, la experiencia y la participación activa del paciente. (Edlin, 2008)

Una vez aclarado lo relacionado a la *práctica basada en evidencias*, a continuación se nombrarán algunos programas de prevención del VIH/SIDA sustentados en dicha concepción y que anteriormente se mencionaron.

*Program Announcement #04012 (2004-2008), HIV Prevention Projects, Notice of Availability of Funds.* Este consta de nueve componentes esenciales para prevenir comprensivamente la enfermedad. Uno de los nueve componentes es el *HIV Prevention Community Planning Guidance*, el cual ofrece una impresión para la planeación de la prevención del VIH y provee una orientación flexible a los beneficiarios de los Centros de Control y Prevención de la Enfermedad (Centers for Disease Control and Prevention) los cuales reciben fondos del Estado para la prevención del VIH destinados a diseñar e implementar un proceso participativo



de prevención del VIH. Así pues, se configura como un proceso colaborativo en donde los departamentos de salud trabajan en asociación con la comunidad para implementar *HIV prevention community planning groups* (CPG) destinado a desarrollar un plan de prevención comprensiva del VIH que represente las necesidades de la población infectada o con riesgo de contagio. (Center for Disease Control and Prevention CDC, 2003)

Por su novedosa perspectiva explica detalladamente en que consiste el programa y a continuación se hará alusión a ellos basándose en la argumentación de dicho autor:

A través de este programa los Centros de Control y Prevención (CDC) esperan que el *HIV prevention community planning* mejore los programas de prevención del VIH existentes mediante el fortalecimiento de: (1) bases científicas, (2) relevancia de la comunidad y (3) población en riesgo, basado en intervenciones de prevención del VIH en cada área del proyecto. Es decir, el programa se centra en: aumentar significativamente la participación de la comunidad en la planeación de la prevención, mejorar las bases científicas de las decisiones del programa y dirigir los recursos a las comunidades de mayor riesgo para la transmisión/ adquisición del VIH. De tal forma que los centros CDC permanecen comprometidos en apoyar el *HIV prevention community planning*.

Para asegurarse que el *HIV Prevention Community Planning* se lleve a cabo de manera participativa, los grupos CDC esperan que todos los *HIV prevention community planning groups* hagan frente a 9 principios rectores de la prevención del VIH:

*Primero.* El departamento de salud y el *community planning group* deberán trabajar en colaboración al desarrollo de un plan de prevención comprensiva del VIH para la jurisdicción.

*Segundo.* el proceso del *community planning* debe reflejarse de forma abierta, cándida y participativa, en donde las diferencias de fondo, perspectiva y experiencia cultural y étnica sean esenciales y válidas, así como involucrar

representantes de la población con mayor riesgo de infección del VIH y PLWHA (*A person or persons living with HIV or AIDS*), ya que juegan un rol clave en la identificación de las necesidades de prevención que no son suplidas adecuadamente por los programas existentes y en la planificación de servicios necesarios que son culturalmente apropiados.

*Tercero.* Los principios fundamentales de la planificación comunitaria son los siguientes: la paridad (capacidad de los miembros por igual a participar y llevar a cabo la planificación de tareas y deberes), la inclusión (participación significativa de los miembros en el proceso con una activa voz en la toma de decisiones) y representación (acto de servir como un miembro oficial que refleja la perspectiva de una comunidad específica).

*Cuarto.* Un proceso de planificación de comunidad incluye a representantes de diferentes razas y etnias, géneros, orientaciones sexuales, edades y otras características, antecedentes educativos, profesiones, y la experiencia;

*Quinto.* El proceso del *community planning* debe alentar activamente y buscar la participación de la comunidad tratando de acomodar a un número razonable de representantes sin llegar a ser tan grande que no pueda realizar efectivamente su función.

*Sexto.* Las nominaciones para las membresías deberán ser solicitadas a través de un proceso abierto y la selección de los candidatos se basará en criterios establecidos por el departamento de salud y el *community planning group*.

*Séptimo.* Basándose en la evidencia, el proceso para el establecimiento de prioridades entre las poblaciones destinatarias deberá basarse en el perfil epidemiológico y la evaluación de los servicios comunitarios.

*Octavo.* Las prioridades para las poblaciones destinatarias deben ser ir dirigidas a aquellas para las que la prevención del VIH tendrá mayor impacto; y,

*Noveno.* El conjunto de las intervenciones de prevención y actividades para las poblaciones prioritarias deben tener el potencial para prevenir el mayor número de infecciones nuevas.

Encarar cada uno de los anteriores principios implica el seguimiento estructurado y organizado de un proceso caracterizado por el desarrollo de un plan de prevención comprensiva del VIH que incluya a la población prioritaria y actividades/intervenciones para cada tipo de población. Así pues, la población objetivo debe ser priorizada y las actividades/intervenciones deben ser elegidas basándose en la habilidad de prevenir tantas infecciones como sea posible con base en las necesidades de las poblaciones estudiadas.

Para poder realizar lo anterior, dentro del plan se deben incluir ciertos detalles como el perfil epidemiológico, servicios comunitarios de evaluación, priorizar la población objetivo e identificar o crear actividades/intervenciones basadas en la ciencia y necesarias para reducir la transmisión en la población objetivo prioritario.

La planeación del programa de *HIV prevention community planning* debe hacerse dentro de un marco de tiempo: a) proceso de un año, si el departamento de salud y los grupos de *HIV prevention community planning* deciden completar el proceso de planeación en un año, entonces todos los productos de la planeación en comunidad y el plan de prevención comprensiva del VIH debe ser completado a tiempo para el proceso de aplicación anual del departamento de salud; b) proceso de dos años, si el departamento de salud y los grupos de *HIV prevention community planning* deciden completar el proceso de planeación en dos años, entonces todos los productos de la planeación en comunidad y el plan de prevención comprensiva del VIH debe ser completado dentro de dos años. En el año uno, el grupo de *HIV prevention community planning* debe actualizar el más reciente plan de prevención comprensiva del VIH y llevar a cabo un proceso de concurrencia. En el año dos, el grupo debe desarrollar un nuevo plan de

prevención comprensiva y llevar a cabo otro proceso de concurrencia; y c) proceso de múltiples años (de tres a cinco años), si el departamento de salud y los grupos de *HIV prevention community planning* deciden completar el proceso de planeación durante varios años entonces todos los productos de la planeación en comunidad y el plan de prevención comprensiva del VIH debe ser completado dentro de los tres, cuatro o cinco años siguientes. Cada año el grupo de *HIV prevention community planning* debe, dependiendo del tiempo elegido, debe actualizar el más reciente plan de prevención comprensiva del VIH y llevar a cabo un proceso de concurrencia o desarrollar un nuevo plan y estudiar su concurrencia.

Enmarcado e inmerso dentro de los procesos descritos hasta ahora se resaltan una serie de actividades incluidas en lo que se conoce como protocolo de adherencia, en el caso del VIH/SIDA éste es definido como una intervención individual diseñada para que la persona que vive con dicho virus establezca una relación clínica activa basada en una estrategia de tratamiento centrada en el usuario o la usuaria/ paciente con un o una especialista en tratamiento de VIH. (OMS, 2004)

Cabe mencionar, que los Protocolos de Adherencia suelen caracterizarse por: la persona que vive con VIH gestiona su proceso de tratamiento a través de un acuerdo oral y escrito; especialistas clínicos y pacientes aprenden a trabajar juntos respetando las decisiones de tratamiento del paciente o la paciente; y el proceso de planificación del tratamiento enseña al paciente o la paciente a responsabilizarse de sus cuidados y enseña al especialista o la especialista en VIH el verdadero significado de los cuidados centrados en los hombres y mujeres a los que se presta el servicio. (OPS, 2004)

Según el Department of Epidemiology - Johns Hopkins University (1996), la presentación y conformación de un protocolo de adherencia debe poseer los siguientes ítems:

*Descripción.* Ésta incluye: a) Institución que se encuentra ejecutando el proceso; b) Objetivos del protocolo; c) Población a la cual va dirigido e incluye (población diana); d) Descripción de cada actividad a ejecutar; f) Actividades de promoción;

*Logística.* Comprendida por: a) Personal necesario para ejecutar el programa; b) Formación y cualidades del personal demandado; c) Lugar en donde se ejecutará el programa; d) Frecuencia con que se realizarán las actividades; f) Consultores externos; g) Servicios de apoyo; h) condiciones necesarias para la implementación.

*Puntos fuertes y dificultades.* Contempla: a) Puntos fuertes del programa; b) Debilidades del proceso; c) Dificultades para los usuarios; d) Dificultades para el personal; e) Obstáculos durante la implementación y; f) Usuarios no apropiados.

*Resultados.* Éste último apartado del protocolo de adherencia se compone de: a) evidencia del éxito; b) Beneficios inesperados; c) Elemento de “conexión a los cuidados” de la actividad; d) Evaluación y; e) Aspectos a tener en cuenta.

La descripción realizada con anterioridad se configura como uno de los múltiples ejemplos existente para la presentación de un protocolo de adherencia, sin embargo, dentro de la literatura revisada se identifica ésta como integra y altamente competente.

### *Guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia COLOMBIA*

La presente guía está validada por la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (2005) y tiene como objetivo principal proporcionar las recomendaciones pertinentes acerca del manejo eficaz, efectivo, eficiente del VIH/SIDA, abordado de una forma integral para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Su desarrollo incluyó el proceso de revisión y rediseño de las guías de atención, basado en evidencia, para las fases de prevención,

diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, así como la propuesta de difusión, junto con la evaluación de eficacia, efectividad, eficiencia, pertinencia local e impacto sobre equidad del modelo y su aplicación en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El desarrollo e implementación de ésta guía se justifica para prevenir la transmisión del VIH, frenar su progresión hacia el SIDA, reducir la proporción de complicaciones y hospitalizaciones de los pacientes con sida, especialmente con el buen manejo de los antirretrovirales y, por último, lograr contener los costos del tratamiento y la mortalidad por la enfermedad.

La población colombiana objetivo es de dos tipos: usuarios Diana y tipo pacientes. En los primeros se incluyen los infectólogos, médicos generales, especialistas, enfermeras, bacteriólogas, nutricionistas y, en general, todo el personal de la salud encargado de la atención de personas viviendo con VIH/SIDA. Mientras el segundo está conformado por la población en general afiliada o no afiliada al SGSSS y, en particular, personas viviendo con VIH/SIDA, específicamente jóvenes, adultos y mujeres embarazadas.

De manera general los aspectos cubiertos por la guía son: prevención de la transmisión, exposición ocupacional y no ocupacional de riesgo, diagnóstico en adultos, mujeres embarazadas y recién nacidos, atención integral en adultos, tratamiento antirretroviral en adultos, seguimiento del paciente infectado, y VIH y embarazo.

En conclusión, se afirma que en los programas de prevención e intervención del VIH/SIDA es necesario preguntarse qué procesos funcionan y cómo hacer uso de ellos, así como cuestionar aquellos métodos que son poco pragmáticos con el fin de gestionar y diseñar estrategias novedosas y más efectivas con respecto a las características poblacionales. Ante esto, es válido tener en cuenta la creencia de que el mejor momento para marcar una diferencia en los resultados es durante la infancia. Así pues, la intervención en la vida de los niños no es sólo un tema de investigación, políticas y prácticas para los adultos, es también un tema fundamental en el respeto al derecho de la infancia y la juventud. Todos aquellos en el área de los trabajos basados en la evidencia que han

presionado a los encargados de formular políticas para que adopten prácticas basadas en la evidencia necesitan ser cautelosos en que no son ellos quienes “venden” la agenda de lo que funciona como una vía simple para solucionar problemas. Las intervenciones sociales y educativas son complejas y son capaces de generar tanto o incluso más daño que las intervenciones médicas. (Roberts, 2005)

## Metodología

*Diseño.* La presente práctica social se desarrolla con un diseño investigativo de tipo descriptivo debido a que se enfoca en describir la aplicación de un programa de adherencia al tratamiento del VIH y la evolución de la misma adherencia en PPVS.

*Instrumentos.* Para la realización de la presente práctica social se hizo uso de un conjunto de instrumentos que permitieron recolectar la información necesaria, estos fueron:

- Cuestionario: Por medio de una serie de preguntas éste instrumento se centra e indagar acerca de la toma de medicamentos y las expectativas del paciente hacia el tratamiento en general. De igual forma, permite clasificar a los pacientes en sintomáticos y asintomáticos. (Ver anexos A, B, C y D)
- Entrevista semi-estructurada: Ésta se centró en indagar acerca del entorno familiar y en determinar los factores de más influencia en la adherencia al tratamiento antirretroviral. (Ver anexo E)
- Formato de asistencia a consulta. A través de éste fue posible tener control sobre la participación del paciente al programa de tratamiento en general, en él se encuentra cada mes de consulta al cual tuvo que asistir cada uno de los 36 pacientes. (Ver anexo F)

*Participantes.* La muestra poblacional se constituyó por 36 PVVS adscritas a la IPS en cuestión entre los meses de noviembre del 2007 y mayo del 2008.



*Procedimiento.* Durante el tiempo estipulado anteriormente se llevaron a cabo una serie de acciones específicas que permitieron la consecución de los objetivos propuestos, tales acciones consistieron en:

1. Una inducción al paciente sobre el nuevo recomendable estilo de vida con base a su diagnóstico, así como una explicación clara de éste y se esclarecen todas las dudas al respecto. Esto apoyado en un folleto acerca que contiene aspectos generales del virus (ver anexo G).
2. Hacer saber al paciente que está en control de su régimen de tratamiento y que los profesionales de salud están allí para ayudarlo a tomar las decisiones que puedan afectar positivamente su salud.
3. Una sesión centrada en los posibles miedos o reservas acerca de tomar la medicación. Esto se realiza con el apoyo de un folleto informativo acerca de las implicaciones del tratamiento y sus beneficios (ver anexo H).
4. Identificación de integrantes de red de apoyo de cada uno de los pacientes. En este caso se indaga sobre las posibles personas que presten apoyo afectivo y/o económico al paciente y se obtiene sus datos para un posterior contacto, esto se habla con el paciente para previo consentimiento.
5. Establecimiento de contacto con personas que hagan parte de la red de apoyo para explicar la infección y la importancia del tratamiento. Se hace uso de los folletos mencionados con anterioridad.
6. Mediciones mensuales acerca de la toma de medicamentos, asistencia a consultas y expectativas con respecto al tratamiento.
7. Determinar si los pacientes faltan a sus citas o dejan el tratamiento, se les llama para verificar la situación y se tiene un constante contacto con ellos y su red de apoyo.

Teniendo en cuenta periodos de tiempo específico, el trabajo realizado quedó organizado de la siguiente forma:

## *Noviembre 2007*

### Primera semana

- Primer acercamiento con pacientes, normalización y regulación de nuevo esquema de tomas de medicamentos y tratamientos médicos.

### Segunda y tercera semana

- Diferenciación de impresiones y conductas respecto a aquellos que habían recibido tratamiento previo, con los que se encontraban como recién diagnosticados. (análisis de conductas de riesgo epidémico)

### Cuarta semana

- Primera inducción de adherencia al tratamiento con medicinas retrovirales, (manejo del medicamento, responsabilidades con las tomas) y manejo de impresiones.

## *Diciembre de 2007*

### Primera semana

- Primer acercamiento respecto al reforzamiento de control de conductas de riesgo epidemiológico y de control de secreciones biológicas. Desarrollado todo el mes en una intensidad de 15 personas por semana.

### Segunda y tercera semana

- Organización de grupos de evaluación según tipo de medicación así como aquellos con familia activas en el programa.

### Cuarta semana

- Navidad y vacaciones en este periodo solo se regulaban la toma de medicamentos y acompañamiento familiar.

## *Enero 2008*

### Primera semana

- Control, evaluación y establecimientos de nuevos criterios respecto a la información obtenida en los talleres de adherencia.

### Segunda semana

- Medición de factores socioculturales de influencia a través de visitas domiciliarias y entrevistas de control

### Tercera y cuarta semana

- Revisión y control de toma de medicamentos dentro del control y responsabilidad respecto a la enfermedad

## *Febrero 2008*

### Primera y segunda semana

- Establecimiento de medidas compensatorias en cada uno de los pacientes, respecto a los cambios encontrados en relación a la adherencia de los pacientes al tratamiento.

### Tercera y cuarta semana

- Implementación de estrategias de intervención respecto

## *Marzo 2008*

### Primera, segunda y tercera semana

- Implementación y seguimiento de estrategias de adherencia y control a los medicamentos de los pacientes con más alto índice de CD4 altos (cargas virales).

### Cuarta semana

- Supervisión y seguimiento de los acuerdos establecidos con grupo de pacientes con cargas virales aumentadas, reforzamiento de importancia a través de consultas con familias y cuidadores.

## *Abril 2008*

### Primera y segunda semana

- Implementación y seguimiento de estrategias de adherencia y control a los medicamentos de los pacientes con más alto índice de CD4 altos (cargas virales).

### Segunda, tercera y cuarta semana

- Supervisión y seguimiento de los acuerdos establecidos con grupo de pacientes con cargas virales aumentadas, reforzamiento de importancia a través de consultas con familias y cuidadores.

## *Mayo 2008*

### Primera y segunda semana

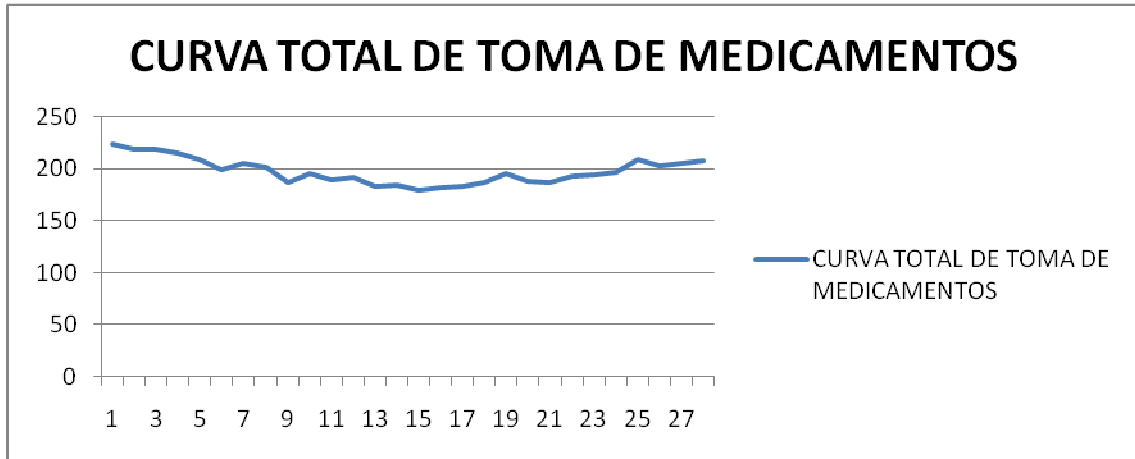
- Sistematización de datos obtenidos en las entrevistas y los grupos de análisis en las anteriores semanas.

### Tercera semana

- Medición de impacto de estrategias implementadas en los pacientes y familiares pertenecientes al programa atención integral.

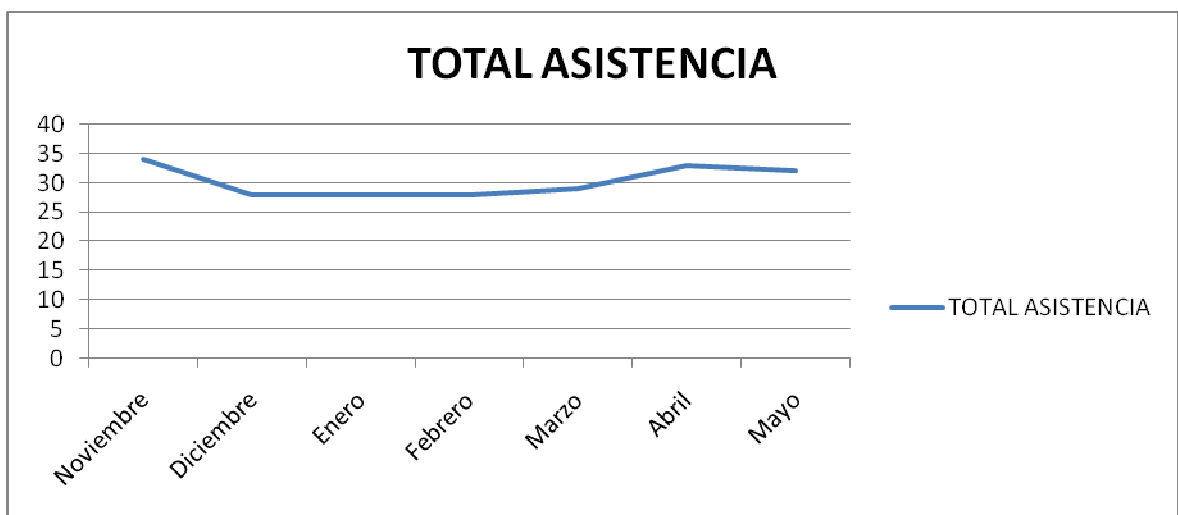
## Resultados

Gráfico 1. Curva de toma de medicamentos en la muestra poblacional de pacientes atendidos entre los meses de noviembre de 2007 a mayo de 2008



El gráfico 1. Evidencia la relación entre el número de días tomaron su medicamento de forma puntual (ubicado en el eje y del plano) y las semanas de duración del tratamiento (ubicadas en el eje x)

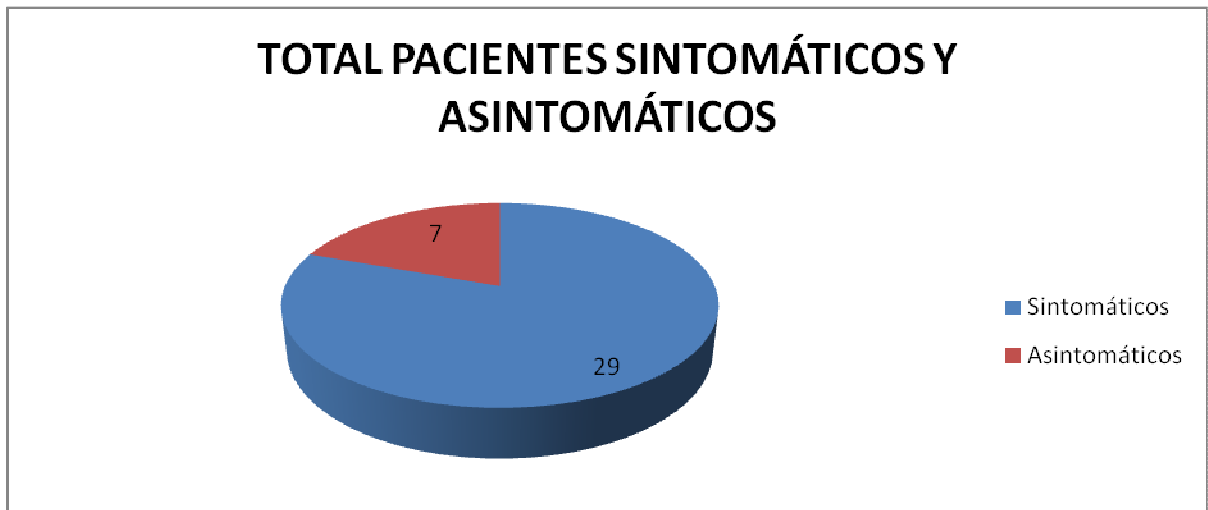
Gráfico 2. Curva de asistencia al control mensual de la muestra poblacional de pacientes atendidos entre los meses de noviembre de 2007 a mayo de 2008



La gráfica 2. Muestra la tendencia de asistencia del total de la población seleccionada a los controles mensuales (odontológicos, médicos y psicológicos),

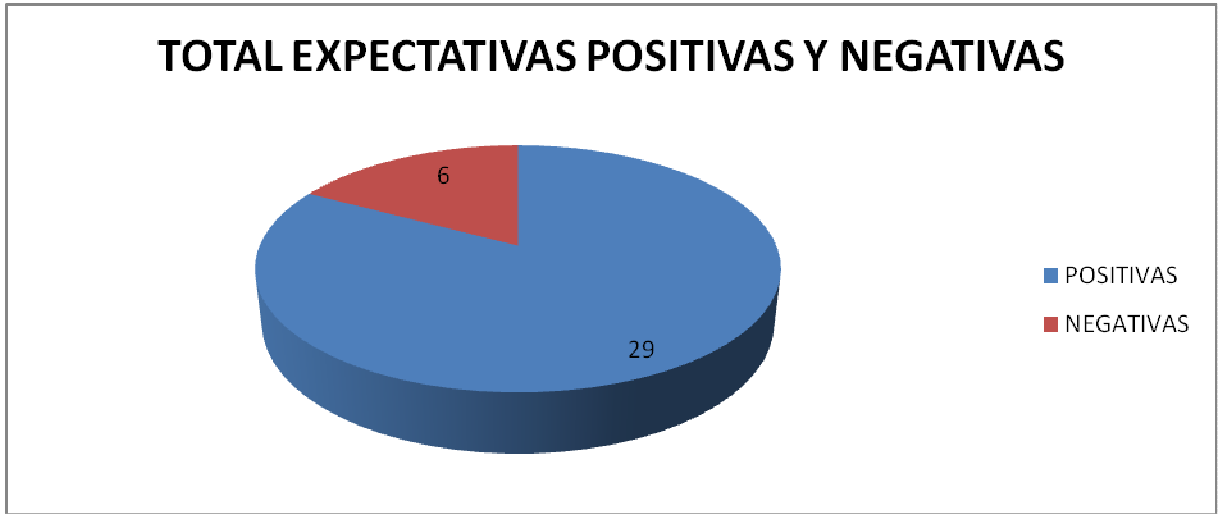
evidenciando en el eje “x” los meses de trabajo y en el “y” el total de asistencias mensuales de los pacientes.

*Gráfico 3. Clasificación de la muestra poblacional en pacientes sintomáticos y asintomáticos.*



El presente gráfico permite observar la clasificación de la muestra poblacional tomada en pacientes sintomáticos y asintomáticos, donde se aprecia que el 80.6% pertenece al primer grupo y el 19.4% al segundo, es decir, existe un mayor porcentaje de pacientes sintomáticos que asintomáticos.

Gráfico 4. Pacientes de la muestra poblacional con expectativas positivas y negativas hacia el tratamiento



En relación a las expectativas que presentan los pacientes se halló que en su mayoría la población estudiada y evaluada posee unas expectativas positivas y favorables hacia todo el programa de tratamiento, mientras que un pequeño grupo de ella se caracteriza por manifestar expectativas desfavorables y negativas hacia el tratamiento.

## Discusión

El VIH/SIDA es un flagelo que afecta a la humanidad desde hace ya 27 años (el primer caso de Virus de Inmunodeficiencia Adquirida en humanos fue detectado en el año de 1981) con tales índices de propagación que muy pronto fue catalogada como pandemia; su nivel de expansión es tal que según datos de ONUSIDA (2008), para el año 2007 habían en el mundo aproximadamente 33 millones de personas viviendo con VIH, cifra que crece un estimado de 10% anual. Las secuelas traídas por el VIH son tales que en los países más afectados ha disminuido los índices de esperanza de vida aproximadamente 20 años, ha frenado considerablemente el desarrollo económico y profundizando la pobreza en los hogares. Pese a la gravedad del caso y a los altos costos que la enfermedad significa en materia de salud pública, y no obstante resultados algo alentadores en los últimos años respecto a la propagación del virus, la lucha contra el vih/sida enfrenta obstáculos importantes que hoy en día no han podido ser del todo sorteados, a pesar del tiempo transcurrido y de los incalculables perjuicios que la enfermedad ha traído sobre la raza humanas; perjuicios estos entre los que es posible destacar, entre muchos otros, las posturas de la iglesia y los grupos conservadores que se oponen al uso del condón argumentando que éste es el principal responsable de la propagación del virus, la falta de educación y conciencia respecto a la gravedad y nivel de propagación del virus y la inconstancia en el tema de políticas públicas para la prevención del VIH en países en vía de desarrollo.

Por lo anterior y por la ineficacia de los procesos preventivos adelantados, ha resultado fundamental desarrollar estrategias que permitan amortiguar los impactos del virus una vez contagiado. Una de dichas estrategias es el desarrollo en laboratorios de medicamentos que si bien no curan el síndrome sí aletargan su efecto y atrasan sus repercusiones. No obstante, dichos medicamentos suelen requerir una rígida rutina de ingesta y ocasionalmente causar incómodos efectos



secundarios, lo que, sin contar el alto valor comercial que tienen y que dispara el riesgo de su venta, aumenta el riesgo de no ser tomados en el momento correcto y en la dosis justa. Es precisamente en este punto donde cobran vital importancia los programas destinados a crear y mantener adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con VIH.

En vista de lo anterior, la Fundación Caminos buscando asegurar el éxito del apoyo que brinda a pacientes pertenecientes a niveles socioeconómicos bajos de la ciudad de Cartagena e infectados con VIH, la aplicación de un programa de adherencia revistió gran importancia.

Hoy, una vez fue implantado y adelantado dicho programa de adherencia en la Fundación Caminos, es posible para quien escribe, afirmar que los objetivos expuestos en el presente informe pudieron ser cumplidos y emitir un parte de satisfacción respecto al trabajo realizado, pues si bien no fue posible optimizar la situación, existe la certeza de que se sembró una semilla que sólo con tiempo, dedicación y continuidad comenzará a dar frutos cada vez más grandes.

Con base en el trabajo realizado es posible sacar algunas conclusiones y resaltar algunos aspectos, entre los cuales sobresale la importancia del entorno familiar y social para la adherencia y posterior evolución del tratamiento antirretroviral. La experiencia en estos 5 meses permitió corroborar que pacientes con círculos familiares comprensivos, solidarios, respetuosos y responsables generan un nivel mucho más alto de adhesión al tratamiento que aquellos pacientes cuyas familias desconocían el diagnóstico o a pesar de conocerlo no hacían parte activa del tratamiento ni apoyaban en casa con la creación de hábitos preventivos y saludables y de toma de medicamentos.

Otro punto que merece ser resaltado en este apartado va más allá de la familia y atañe a la sociedad en general. La experiencia con los pacientes permitió vislumbrar la importancia que ejerce el círculo social en general en el bienestar o malestar de un paciente con VIH. Desafortunadamente los casos atendidos, en su mayoría, compartían el rechazo y la exclusión social generada por el diagnóstico (cuando éste era conocido), lo cual permitió apreciar que los sentimientos de

vergüenza y culpa llevan en muchas ocasiones al mal manejo del tratamiento y al aplazamiento de la toma de los medicamentos.

Resulta importante no pasar por alto que se observaron altos índices de expectativas positivas respecto al tratamiento entre los pacientes tratados, lo cual, según aseveraciones realizadas por ellos, tenía mucho que ver con el trato del personal de la Fundación y las facilidades de comunicación que con ellos tenían. Así se resalta la importancia de la calidad humana del profesional al momento de tratar con poblaciones tan vulnerables como aquella conformada por quienes padecen VIH.

Otro punto importante y que debe ser resaltado es la función realizada por la Fundación Caminos, donde el servicio prestado se caracteriza por su integralidad, responsabilidad, calidad y entrega. Brindándoles a los pacientes total comodidad y calor afectuoso, haciéndolos sentir, como muchas veces lo expresaron, como en su segundo hogar. Resultó agradable notar cómo sin importar el nivel socioeconómico del que provinieran eran tratados como pacientes de primer nivel.

Con base en la experiencia vivida, resultaría provechoso en próximas oportunidades, dar un poco más de tiempo al proceso y propender al seguimiento de las bases aportadas por el presente informe para asegurar así la continuidad y coherencia y aumentar las posibilidades de éxito en el tratamiento. De igual forma se hace un llamado a la sociedad en general al despertar ante una realidad que está aquí desde hace mucho tiempo pero que aún se observa como si fuera la realidad de otros y tan lejana que acrecienta la sensación de inmunidad; la indiferencia y la falta de conciencia resultan dos de las puertas más grandes para que el VIH ingrese a cualquier cuerpo, cualquier hogar, cualquier escuela o cualquier grupo social. Por último, se quiere resaltar la importancia de la inclusión social a aquellos que por una u otra vía padecen el flagelo mencionado a lo largo de este trabajo, puesto que una vez anulados sentimientos de odio y rechazo, el amor y la solidaridad seguramente también serán aliados para la lucha contra un mal que de no reaccionar aún más podría terminar de oscurecer el horizonte de la raza humana.

## Referencias Bibliográficas

Bentler, Ruth, Cheryl Eiler, Benjamin Hornsby, Sheila T. Moodie, Laurel Olson, and Michael Valente. (2007). **Practical approaches to evidence-based practice: how can professionals make informed decisions--based on scientific facts--for their patients and practices? The culture of our profession is evolving. All stakeholders must share the same goal: improved patient care, based on management steeped in strong supporting scientific evidence.** *The Hearing Review*. 36(3).

Carrasquilla, G. (1995). **Epidemiología de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Colombia.** Conferencia presentada en el Segundo Simposio de Virología Clínica y Primer Simposio Internacional de Infección por VIH, Universidad de Cartagena, Junio, Colombia

Center for Disease Control and Prevention CDC. (2003). **HIV Prevention Community Planning.** Tomado el 22 de Julio de 2008 de [www.cdc.gov/nchstp/od/hiv\\_plan/default.htm](http://www.cdc.gov/nchstp/od/hiv_plan/default.htm)

Departament of Epidemiology - Johns Hopkins University (1996). **Desarrollo de un protocolo.** Tomado el 22 de Julio de 2008 de <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/eco/036608/036608-06.pdf>.

Edlin, M. (2008). **The art of medicine: applying evidence-based medicine drives improvements, creates partnerships between physicians and patients.** *Managed Healthcare Executive*. 21(3).

Fahey, J.L., Taylor, J.M., Detels, R., Hofman, B., Melmed, R., Nishanian, P., y Giorgi, J. (1990). **The prognostic value of cellular and serologic markers in**

**infection with human immunodeficiency virus type-1.** *New England Journal of Medicine*, 322, 166-172.

Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. (2005). **Guía para el manejo del VIH/SIDA basada en la evidencia COLOMBIA.** Tomado el 15 de Septiembre de 2008 de <http://medicosgeneralescolombianos.com/MODELO%20VIH-SIDA.pdf>.

Gallo, R.C. (1991). **Virus hunting AIDS, cancer, and the human retrovirus: a story of scientific discovery.** New York: Basic Books.

MINISTERIO DE SALUD. (2005). **Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA.** 1st Ed. Santiago: Minsal

OMS (2004). **Adherencia a los tratamientos a largo plazo.** Tomado el 22 de Julio de 2008 de [www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm](http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm)

ONUSIDA (2008). **Report on the global AIDS epidemic.** Tomado el 10 de septiembre de 2008 en [http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.asp](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp)

ONUSIDA (2007). **Informe anual del ONUSIDA 2007: Conoce tu epidemia.** Tomado el 20 de Julio de [http://209.85.165.104/search?q=cache:i-sw5stSfSkJ:data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1535\\_annual\\_report07\\_es.pdf+ONUSIDA+2007&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=co](http://209.85.165.104/search?q=cache:i-sw5stSfSkJ:data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1535_annual_report07_es.pdf+ONUSIDA+2007&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=co)

OPS (2004). **Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe.** Tomado el 22 de Julio de 2008 de <http://www.onusida.org.co/Publicaciones/mmanualpersvih.pdf>

Orozco, J. (2006). **Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena.** Tomado el 2 de septiembre de 2008 de <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/3f.htm>

Porras, O. (1999) **Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en niños.** *Rev. méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica)*, 34, p.13-31

Remor E, Rodriguez-Alzamora L, Carrobles JA. (2002) **Relationship of coping style to affective state and perceived social support in people living with HIV.** *Health through the life cycle: A life span perspective.* (pp. 263-270): Lisboa.

Roberts, H. (2005). **What Works?.** *Social Policy Journal of New Zealand.* 24 edición

Tobón, S. (2004). **Psicología y VIH/SIDA: Ejes esenciales de intervención.** *Interpsiquis*



## **Listado de Anexos**

**Anexo A**

**Cuadro de uso de medicamentos**

**Anexo B**

**Cuadro de pacientes sintomáticos y asintomáticos**

**Anexo C**

**Cuadro de expectativas hacia el tratamiento**

**Anexo D**

**Formato de cuestionario**

**Anexo E**

**Descripción de historias familiares de pacientes**

**Anexo F**

**Cuadro de asistencia a consulta**

**Anexo G**

**Folleto informativo VIH – SIDA**

**Anexo H**

**Folleto informativo Tratamiento VIH – SIDA**

## Resumen

La presente práctica social tuvo por objetivo aplicar un programa de adherencia al tratamiento en pacientes VIH positivos pertenecientes a los estratos 1 y 2 de la ciudad de Cartagena, para lograrlo se remitió a los pacientes PVVS afiliados a la IPS CAMINOS en la ciudad de Cartagena de Indias durante el año 2007-2008. A través de una muestra poblacional de 36 pacientes y del protocolo de adherencia propuesto por la misma IPS se evaluaron aspectos como el entorno familiar, los datos demográficos y los factores de influencia más representativos en la asistencia o no al programa de atención integral, esto permitió realizar una comparación entre aquellos pacientes que lograron la adherencia al programa de atención integral y aquellos que no lograron establecer un factor de importancia respecto a su tratamiento, así como establecer estrategias que contribuyan al mejoramiento de los protocolos de adherencia en los pacientes que poseen este diagnóstico.



**ANEXOS**





12	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
13	4	4	4	4	4	3	3	3	4	5	5	5	6	6	6	6
14	6	6	6	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7
15	6	7	6	6	7	7	7	6	6	7	7	7	7	7	7	7
16	7	7	6	7	7	7	7	6	7	6	6	7	7	7	7	7
17	4	4	4	2	3	2	3	4	4	1	3	1	2	2	0	0
18	7	7	6	7	7	7	7	5	7	7	7	7	7	7	7	6
19	6	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7
20	3	1	1	1	0	4	4	4	3	4	5	4	5	7	6	7
21	6	7	6	6	7	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
22	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
23	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
24	4	3	3	4	5	5	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7
25	3	5	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
26	2	4	6	4	1	3	4	5	4	5	2	1	4	5	6	6
27	5	3	1	1	2	3	4	6	6	7	7	7	7	7	7	7
28	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	7	7
29	6	5	5	6	5	5	5	5	6	6	6	7	7	7	7	7
30	7	7	7	7	7	7	7	7	4	7	7	7	7	7	7	7
31	7	7	7	7	7	6	7	7	7	6	7	7	7	6	7	7
32	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
35	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	7	7	7	7
36	4	5	5	4	4	6	5	5	4	6	6	7	7	7	7	7
<b>CURVA TOTAL DE TOMA DE MEDICAMENTOS</b>	178	178	173	175	177	180	189	182	180	187	189	190	202	196	199	201

\*Días semanales en el que el paciente tomó sus medicamentos puntualmente

## Anexo B

### Cuadro de pacientes sintomáticos/asintomáticos

Paciente	Sintomático	Asintomático
1		1
2	1	
3		1
4	1	
5		1
6		1
7	1	
8	1	
9	1	
10	1	
11	1	
12	1	
13	1	
14	1	
15	1	
16	1	
17	1	
18	1	
19	1	
20		1
21	1	
22	1	
23	R	R

24		1
25	1	
26	1	
27	1	
28	1	
29	1	
30	1	
31		1
32	1	
33	1	
34	1	
35	1	
36	1	
<b>TOTAL PACIENTES SINTOMÁTICOS Y ASINTOMÁTICOS</b>	28	7

## Anexo C

### Cuadro de expectativas

Paciente	Expectativas positivas	Expectativas negativas
1	1	
2		1
3	1	
4	1	
5	1	
6	1	
7	1	
8	1	
9		1
10		1
11	1	
12	1	
13	1	
14	1	
15	1	
16	1	
17	1	
18	1	
19	1	
20		1
21	1	
22	1	

23	R	R
24		1
25	1	
26	1	
27	1	
28	1	
29	1	
30	1	
31	1	
32	1	
33	1	
34	1	
35		1
36	1	
<b>TOTAL EXPECTATIVAS POSITIVAS Y NEGATIVAS</b>	29	6



**Anexo D**  
**Formato de cuestionario**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Código \_\_\_\_\_

**Por favor lea las siguientes preguntas y escoja las opciones que mejor describan su experiencia:**

**1. Antes de recibir el diagnóstico como persona VIH +, si usted acudía al médico y éste le daba algún tratamiento, ¿seguía usted las indicaciones que le daban al pie de la letra?, es decir, ¿consumía los medicamentos tal y como se lo ordenaba su médico?**

- a) (1) Siempre**
- b) (2) La mayoría de las veces**
- c) (3) Por lo general, la mitad de las veces**
- d) (4) Muy pocas veces**
- e) (5) Nunca**

**2. En el transcurso de la semana pasada, ¿consumió usted todos los medicamentos de acuerdo a las instrucciones que le dio su médico?**

- a) Todos los días de la semana**
- b) La mayoría de los días de la semana (¿Cuántos? \_\_\_\_\_)**
- c) En general, la mitad de los días de la semana (¿Cuántos? \_\_\_\_\_)**
- d) Muy pocos días de la semana (¿Cuántos? \_\_\_\_\_)**
- e) Ningún día de la semana**

**3. En la semana pasada, la toma de sus medicamentos fue:**

- a) Completamente puntual**
- b) Puntual la mayoría de los días (¿Cuántos? \_\_\_\_\_)**
- b) Puntual sólo algunos días (¿Cuántos? \_\_\_\_\_)**
- c) Nunca fue puntual**

**4. La razón que más pesaron a la hora de tomar sus medicamentos fue:**

- a) He experimentado los beneficios del tratamiento**
- b) El médico me pidió que los tomara**
- c) Lo hice por personas cercanas a mí**
- d) Tengo deseos de mantenerme saludable la mayor parte del tiempo posible**

**5. Si usted no siguió las instrucciones de su médico, es decir, no tomó los medicamentos todos los días de la semana, ¿podría seleccionar de los siguientes cuál fue el motivo?**

- a) Me provocan efectos secundarios demasiado molestos**
- b) Por voluntad propia**
- c) No tengo confianza en los beneficios de los medicamentos**
- d) Tuve dificultades en los horarios**

**6. Usted siente que su tratamiento:**

- a) Le va a traer grandes beneficios a su salud en el futuro**
- b) Podría hacerlo sentir mejor**
- c) No cambiaría nada**
- d) Podría hacerlo sentir peor**
- e) Le va a traer grandes efectos negativos en el futuro**

## **Anexo E**

### **Descripción De Historias Familiares De Pacientes**

**001**

**Edad:** 5 años

**Sexo:** masculino

**Hijos:** no registra

**Estado civil:** Soltero

**Ocupación:** estudiante

#### **Descripción área familiar:**

La descripción del área familiar muestra un tipo de familia sin una estructura delimitada, de padres separados y 2 hermanos de diferente rango paternal. El familograma refleja un hogar abierto y de miembros separados que viven en diferentes hogares. La responsabilidad del tratamiento del paciente (toma de medicamentos, asistencia a consulta y control de niveles de CD4 y cargas virales) que se relacionan al diagnóstico, son supervisados por su madre, quien a su vez se encuentra relacionada en este informe como paciente de este mismo programa de atención integral. Los hermanos de 001 se encuentran a cargo de su abuela quien asume la responsabilidad y cuidado de los mismos.

Dentro de la historia de adquisición se puede establecer que 001 adquirió el virus durante el parto, lo que indica que su madre no conocía del padecimiento durante los controles prenatales, y de hecho nunca se practicó los exámenes relacionados para este fin.

**002**

**Edad:** 30 años

**Sexo:** masculino

**Hijos:** ninguno

**Estado civil:** soltero

**Ocupación:** vendedor

**Descripción área familiar:**

Paciente que vive con su abuela, tía y 4 sobrinos, sin contacto aparente con sus padres. Su esquema familiar describe una persona alejada por completo de su núcleo familiar primario, quedando al cuidado de su abuela, quien a su vez deja al cuidado de su hija (tía del relacionado) la educación del mismo.

En la actualidad 002 presenta además del diagnóstico establecido, uno relacionado con la adicción a sustancias psicotrópicas, lo que refiere que clínicamente 002 se encuentre bajo atención alterna psiquiátrica y bajo el rigor estricto de cumplimiento y seguimiento dentro del protocolo de adherencia en el programa de atención integral.

002 posee una red obligatoria de apoyo familiar donde participa su cuidador (tía), quien se encuentra comprometida con el programa a hacer cumplir los requerimientos del mismo, donde se relaciona la asesoría permanente desde el área de psicología respecto a la evaluación de su área familiar así como su red de contactos en la facilitación, establecimiento de estrategias que favorezcan la adherencia del paciente al tratamiento, asistencia del mismo a talleres de reforzamiento a la familia en temáticas relacionadas, así como asesoría al paciente en temas como, auto concepto y proyecto de vida.

**003**

**Edad:** 42 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** analfabeta

**Estado civil:** separado

**Ocupación:** vendedor

**Descripción área familiar:**

En la descripción de su área familiar encontramos que 003 no posee un apoyo familiar, ni acompañamiento por parte de la misma, su acercamiento a consulta se presenta de forma individual, sin figura de cuidador o persona a cargo en toma de medicamentos.

Sus asistencias a los talleres de complementación y reforzamiento en temáticas relacionadas se da desde su participación fuera de su familia

Convive con: hermana, cuñado y sobrino

**004**

**Edad:** 29 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** secundaria

**Hijos:** no

**Estado civil:** soltero

**Ocupación:** ninguna

**Descripción área familiar:**

Persona mayor que no posee apoyo familiar.

De tipo de familia desligada a su diagnóstico actual, remite a consulta solo y con un compromiso a su tratamiento aceptable pero de forma personal; no existe un acompañamiento permanente, se sabe que 004 posee un estado de salud estable debido a su compromiso personal. Este paciente ha asistido a las asesorías solo pero con un alto compromiso e interés a las mismas, respecto al protocolo de adherencia; 004 no ha accedido al acercamiento de los miembros de la IPS a su entorno familiar lo que ha dificultado el acceso a la descripción exacta de esta área de evaluación y la información aquí consignada se ha dado desde la información espontánea y las observaciones del equipo.

Vive con: madre, padre y tres hermanos.

**005**

**Edad:** 29 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** secundaria

**Hijos:** no

**Estado civil:** soltero

**Ocupación:** estudiante

**Descripción área familiar:**

005 recibe constante apoyo de su núcleo familiar compuesto por su madre, ama de casa encargada de su posología y toma de medicamentos, es también la encargada de acompañar y supervisar los controles médicos mensuales y su diagnóstico. Su padre cumple la función de sostener económicamente a la familia, también colabora en el apoyo relacionado al diagnóstico de 005; sus hermanos conocen el diagnóstico relacionado con 005 y también colaboran en el seguimiento y administración de tratamiento al mismo.

005 asiste de forma puntual y en compañía de su cuidador (madre) a los talleres de información y reforzamiento respecto al diagnóstico. Todos los miembros de la familia asisten de forma inmediata en caso de necesitarse, lo que remite una excelente área de apoyo.

Vive con: padre, madre y 3 hermanos.

**006**

**Edad:** 34 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** 8° secundaria

**Hijos:** si

**Estado civil:** unión libre.

**Ocupación:** ama de casa

**Descripción área familiar:**

006 se encuentra separada de su pareja, convive con su madre, padre y un sobrino, encontrándose en estado de embarazo.

006 asiste a consulta sola sin aparente supervisión de su familia, registra un seguimiento a su toma de medicamentos debido a su estado y a los altos niveles de conteo viral y bajos niveles de CD4. No existe una figura de cuidador o persona a cargo de su medicamento lo que ha impedido un desarrollo de toma de medicación correcta y permanente.

006 no asiste de forma constante a las asesorías y talleres formativos y de regulación en relación a su tratamiento.

Vive con: madre, padre y un sobrino



**007**

**Edad:** 28 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** 8 secundaria

**Hijos:** no

**Estado civil:** soltera

**Ocupación:** artesana

**Descripción área familiar:**

007 Remite un área familiar sin control y de poco compromiso respecto a su diagnóstico, al momento de realizar este análisis solo han asistido sus familiares en una sola oportunidad representados por su madre, quien afirma que la paciente no posee un control estricto de su toma de medicamentos y además existe una alta probabilidad de que esta misma comercialice estos medicamentos. Su familia según visita domiciliaria de control no tiene conocimiento respecto a la posología del medicamento, ni mucho menos respecto a la dosis u horario de estos mismos. 007 no asiste a talleres de reforzamiento y se opone respecto al tipo de seguimiento que se incluye en el protocolo de adherencia, mostrando niveles muy altos de carga viral y bajos niveles de CD4 e igualmente mostrando poco interés a su atención integral.

Vive con madre, padre y hermana

**008**

**Edad:** 52 años

**Sexo:** masculino

**Escorilidad:** 3° primaria

**Hijos:** 3

**Estado civil:** Separado

**Ocupación:** trabajador independiente

**Descripción área familiar:**

Convive con sus dos hijas de 19 y 14 años respectivamente en una casa familiar lejos de su esposa quien abandonó el núcleo familiar desde que sus hijas eran niñas, pero convive con dos hermanas quienes representan la figura del cuidador o personas a cargo.

008 asiste en compañía de sus cuidadores a los talleres de fortalecimiento respecto al diagnóstico y consultas de tratamiento integral.

008 no remite un buen estado de salud además de poseer una carga viral muy elevada y un CD4 muy bajo, debido a que su diagnóstico se dio en forma tardía.

Vive con 2 hijas y 2 hermanas.

**009**

**Edad:** 39 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** bachiller

**Hijos:** no

**Estado civil:** casado

**Religión:** cristiana

**Ocupación:** conductor

**Descripción área familiar:**

Este paciente no relaciona haber convivido con sus padres o hermanos, escapo de su núcleo familiar desde los 10 años de edad por violencia domestica viviendo en las calles bajo la indigencia hasta cumplir la mayoría de edad, dedicándose en este lapso de tiempo a la delincuencia común y al consumo de sustancias psicoactivas, pegantes, entre otros; solo hasta los 20 años de edad superó esta etapa de vivencia en la calle bajo tratamiento terapéutico ofrecido por una organización no gubernamental reintegrándolo a la vida social, abandonando así la delincuencia y el consumo de sustancias estimulantes. A esta edad 009 se le diagnostica con VIH positivo sometiéndose al tratamiento integral ofrecido por el gobierno nacional.

El paciente convive actualmente con su esposa quien comparte el mismo diagnostico de VIH positivo con 009; entre tanto 009 ha sufrido más de dos recaídas en el consumo de sustancias y durante estas recaídas a abandonado el mismo número de veces el tratamiento integral en VIH.

009 se encuentra en un proceso de ausencia a su tratamiento generado por el consumo reiterativo de sustancias. Las asesorías brindadas por el programa han sido ignoradas por 009 lo que ha provocado su exclusión del mismo, además de su remisión como riesgo epidemiológico al DADIS entidad encargada de este tipo de personas como lo indican los protocolos para tal fin.

**010**

**Edad:** 42 años

**Sexo:** Femenino

**Escolaridad:** Bachiller

**Hijos:** Si

**Estado civil:** Unión libre

**Ocupación:** vendedora

**Descripción área familiar:**

Su núcleo familiar esta compuesto por su madre y tres hermanos; actualmente convive con su esposo y sus tres hijos, siendo dos de su primer matrimonio y el ultimo de su segunda relación quien comparte el diagnostico con su madre. La paciente 010 asiste a los talleres de reforzamiento y formación en temáticas relacionadas con el diagnostico; cabe anotar que este paciente restringe por su nivel económico bajo su alimentación priorizando en la de su ultimo hijo quien posee el mismo padecimiento, mejorando de esta forma la salud de su hijo y descuidando la suya. Debido a su mala alimentación 010 posee muy altos niveles de carga viral y bajos niveles de CD4; representando muy bien la figura de cuidador en su hijo quedando ella sin nadie que este a cargo de su salud o su estado físico.

**011**

**Edad:** 36 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** Primaria

**Hijos:** no

**Estado civil:** soltero

**Ocupación:** Agricultor

**Descripción área familiar:**

Paciente con diagnóstico desde hace dos años, convive con su madre y padre en un corregimiento de la ciudad, solo asistió a una asesoría afirmando que se le dificultaba económicamente asistir a las mismas, por este motivo se retiró del programa.

**Observación:** paciente retirado

**012**

**Edad:** 33 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** primaria

**Hijos:** no

**Estado civil:** noviazgo estable

**Ocupación:** tendero

**Descripción área familiar:**

012 tiene dos hermanos quienes conviven con su madre sin ningún tipo de relación de importancia respecto al diagnóstico del paciente; 012 convive con su pareja homosexual desde hace varios años quien representa la figura de cuidador y supervisor respecto a su toma de medicamentos, además su pareja también es portadora del VIH y hace parte del programa de atención integral.

012 asiste puntualmente a las asesorías de reforzamiento respecto a temáticas relacionadas con el VIH, su posología, tratamiento y seguimiento dentro de los protocolos de adherencia, a pesar de no tener un contacto estable con su familia 012 reporta bajos niveles de carga viral y un buen número de CD4 refiriéndonos a su estado de salud.

**013**

**Edad:** 32 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** 9° secundaria

**Hijos:** no

**Estado civil:** casado

**Ocupación:** moto taxista

**Descripción área familiar:**

Este paciente convive con los 2 hijos y 1 hija del matrimonio anterior de su esposa; a pesar de que 013 comparte el diagnóstico con su esposa esta no representa una figura de cuidador o persona a cargo de la toma de medicación o atenciones a su diagnóstico y viceversa. Este paciente no asiste a asesorías de forma permanente presentándose solo en casos de extrema necesidad física, mostrando niveles muy elevados de carga viral y muy bajos de CD4.

**014**

**Edad:** 34 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** Bachiller

**Hijos:** no

**Estado civil:** soltero

**Ocupación:** No registra

**Descripción área familiar:**

Paciente abandonado por sus padres a muy corta edad, dejándolo al cuidado de su abuela y su tío; actualmente se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico relacionado al diagnóstico inicial del VIH. Este paciente asiste de forma constante a las consultas del programa integral en compañía de su cuidador (tío) encargado de su medicina y cuidado respecto a su progresión viral y mental, siendo este quien recibe asesoría respecto al diagnóstico y los cuidados que se deben tener con este.



**015**

**Edad:** 37 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** primaria

**Hijos:** no

**Estado civil:** soltero

**Ocupación:** mecánico

**Descripción área familiar:**

El paciente convive con su madre, padre, 5 hermanos y 2 sobrinos, actualmente no asiste a consulta un cuidador o acompañamiento familiar; asiste a los talleres de reforzamiento solo, con una buena motivación y un muy buen desempeño en los mismos presentando buenos niveles de CD4 y bajos niveles de carga viral lo que indica que en la toma de medicamentos es muy responsable a pesar de asistir solo a consultas.

015 afirma poseer muy buenas relaciones con su familia aunque le guste asistir solo al tratamiento, su familia se mantiene al tanto de este.

**016**

**Edad:** 43 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** primaria

**Hijos:** no

**Estado civil:** soltero

**Ocupación:** Albañil

**Descripción área familiar:**

Vive con su madre, padre, hermana, cuñado y 3 sobrinos

Este paciente asiste puntualmente a sus asesorías acompañado de su padre quien representa la figura del cuidador o supervisor de la toma de medicamentos; su madre también acompaña al paciente de forma esporádica a la consulta, lo que demuestra el grado de compromiso de su familia respecto a su problemática; además muestra muy buenos niveles de CD4 y bajos niveles de carga viral justificando así su motivación al tratamiento.

**017**

**Edad:** 39 años

**Sexo:** masculino

**Hijos:** no

**Estado civil:** unión libre

**Ocupación:** moto taxista

**Descripción área familiar:**

Paciente menor de cuatro hermanos quienes conviven con su madre y padre, no posee ningún tipo de relación con su núcleo familiar básico. Actualmente vive con su pareja quien tiene 2 hijos con su anterior esposo; 017 no asiste frecuentemente a los talleres de reforzamiento, ni a la asesoría respecto al diagnóstico, no presenta figura de acompañamiento, ni puntualidad en su entrega de medicación, además de poseer elevados niveles de carga viral y bajos niveles de CD4 corroborando así su bajo compromiso con el tratamiento.

**018**

**Edad:** 22 años

**Sexo:** masculino

**Hijos:** no

**Estado civil:** soltero

**Ocupación:** estudiante

**Descripción área familiar:**

Paciente que convive con sus padres y hermanos, siendo el segundo de estos; mantiene buenas relaciones en su núcleo familiar debido a que sus padres son su figura de cuidadores. Este paciente asiste puntualmente y en buena disposición a los talleres de reforzamiento y seguimiento en relación a su diagnóstico; su familia a sido determinante en su estabilidad respecto a su enfermedad ya que muestra muy bajos niveles de carga viral y altos niveles de CD4.

**019**

**Edad:** 47 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** básica primaria

**Estado civil:** soltero

**Religión:** católica

**Ocupación:** albañil

**Descripción área familiar:**

Paciente que vive con su madre, padre y dos hijas, este paciente asiste con puntualidad a sus asesorías programadas, mostrando gran interés respecto al desarrollo de su patología y evolución de su enfermedad; cuenta con la colaboración de su padre como figura de cuidador y supervisor de su toma de medicamentos. El paciente 019 ha generado buena adherencia al tratamiento aunque muestra bajos niveles de CD4 y niveles medios de carga viral indicada en sus exámenes de laboratorio, debido a su no oportuno diagnóstico que fue detectado luego de una hospitalización por bajos niveles de CD4 en una enfermedad alterna al diagnóstico.

**020**

**Edad:** 33 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** básica primaria

**Estado civil:** casado

**Religión:** católica

**Ocupación:** vendedor de tintos

**Descripción área familiar:**

Este paciente vive con su esposa y dos (2) hijos adoptivos; su pareja posee el mismo diagnóstico del paciente y se encuentra bajo atención médica en otra entidad. El paciente 020 no posee apoyo familiar, asiste irregularmente a las actividades planeadas por el programa de atención integral, mostrando bajos niveles de compromiso y adherencia al tratamiento; no se encuentra una buena relación entre los miembros de su familia y el tratamiento que conlleva, mostrando su poco grado de responsabilidad con su familia y su desenvolvimiento fuera del núcleo. El paciente 020 posee un serio problema de adicción a las sustancias psicoactivas lo que disminuye su constancia frente al tratamiento y la responsabilidad con el mismo, dentro de la terapia de adherencia a este paciente se ha contemplado la inclusión en un programa de desintoxicación alterno.

Sus niveles de carga viral permanecen muy elevados y en correspondencia sus CD4 permanecen muy bajos, aún bajo medidas de seguridad respecto a su toma de medicamentos. La evolución de este paciente se propone para su buen desarrollo bajo supervisión diaria de su posología y revisión de su seguimiento clínico en la entidad de desintoxicación correspondiente.

**021**

**Edad:** 34 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** bachiller

**Estado civil:** soltero

**Religión:** católica

**Ocupación:** profesor de aeróbicos

**Descripción área familiar:**

Este paciente relaciona en consulta a su madre, sus cinco (5) hermanos y siete (7) sobrinos, quienes no representan apoyo a su tratamiento por no conocer su diagnóstico; el paciente 021 vive solo y así mismo asume la responsabilidad del tratamiento, asiste puntualmente a sus citas de control e igualmente muestra buenos niveles en sus CD4 y muy bajos niveles de carga viral, respecto a su terapia de adherencia este paciente encuentra en el equipo médico que lo asiste un fuerte apoyo respecto a su tratamiento, lo que muestra que este mismo equipo representa la figura de cuidador necesaria para su estabilidad médica.

**022**

**Edad:** 27 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** bachiller, técnico.

**Estado civil:** soltero

**Religión:** católica

**Ocupación:** desempleado

**Descripción área familiar:**

El paciente 022 relaciona en su área familiar a sus tres (3) hermanos y cinco (5) sobrinos sin reportar apoyo de los mismos a su tratamiento; actualmente convive con su pareja homosexual quien responde como figura de cuidador y responsable de supervisar su toma de medicamentos. El paciente 022 asiste con su pareja a las actividades programadas por la entidad debido a que ambos comparten el diagnóstico y se relacionan como pacientes de esta entidad.

En relación a la terapia de adherencia el paciente 022 cumple con sus citas y su toma de medicamentos, aunque mantenga altos niveles de carga viral y muy bajos niveles de CD4 debido a su diagnóstico tardío.



**023**

**Edad:** 37 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** básica primaria

**Estado civil:** separado

**Religión:** católica

**Ocupación:** agricultor

**Descripción área familiar:**

El paciente 023 solo se presentó en una primera consulta donde se verificaron algunos datos personales, en este mismo orden no se relaciona asistencia a las actividades ofrecidas por el programa ni una relación clara con su familia.

Dentro del programa el paciente 023 no fue recetado y una vez pasada esta primera consulta se verificó la no existencia del domicilio brindado por el mismo por lo tanto se relacionó durante todo el proceso como paciente retirado.

**024**

**Edad:** 59 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** lecto-escritor

**Estado civil:** viuda

**Religión:** católica

**Ocupación:** Ama de casa

**Descripción área familiar:**

La paciente vive actualmente con su hija, su nuero y un (1) nieto; esta no posee un apoyo familiar relacionado al tratamiento. Esta paciente no asiste con frecuencia al tratamiento ni a los controles de su toma de medicación y en los pocos momentos de asistencia acude a estas mismas sola e impuntualmente; respecto al programa de adherencia no existe una figura de cuidador relacionada lo que ha mostrado como consecuencia muy altos niveles de carga viral y bajos niveles en sus CD4 observados en sus exámenes de laboratorio. La falta de acompañamiento y su poco compromiso personal al tratamiento no han permitido un buen desempeño clínico en la paciente 024.

**025**

**Edad:** 27 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** cuarto (4) de primaria

**Estado civil:** casada

**Religión:** católica

**Ocupación:** ama de casa

**Descripción área familiar:**

La paciente 025 vive con su esposo, su suegra y un cuñado; no relaciona miembros de su núcleo familiar primario como relevante o importante, además su esposo permanece fuera de la ciudad por su estado laboral. Esta paciente se encuentra en estado de embarazo y su pareja no conoce el diagnóstico que ella posee, 025 asiste puntualmente a los controles y actividades programadas por la entidad; no existe un acompañamiento familiar a sus consultas pero encuentra en el equipo médico un apoyo constante en su tratamiento, comportándose estos mismos como figura cuidadora y de acompañamiento en la toma de medicamentos.

La paciente 025 mantiene muy buenos niveles en sus CD4 y muy baja carga viral, favoreciendo al no contagio intrauterino con su bebé.

**026**

**Edad:** 31

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** bachiller

**Estado civil:** casada

**Religión:** evangélica

**Ocupación:** lectura de medidores

**Descripción área familiar:**

La paciente no relaciona como elemento importante a ningún miembro de su familia o núcleo familiar básico; actualmente vive con su pareja quien comparte el diagnóstico. Esta paciente asiste esporádicamente a las actividades programadas por la entidad; con respecto a su terapia de adherencia esta paciente no muestra conciencia real respecto a su tratamiento y su pareja no representa una imagen de cuidador o apoyo en su toma de medicamentos.

Se ha establecido para efectos de una mejor adherencia para esta paciente asistir semanalmente a un control de toma de medicamentos y una medición mensual de su carga viral y sus CD4 ya que esta se encuentra en un mal estado físico.

**027**

**Edad:** 33 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** bachiller

**Estado civil:** soltera

**Religión:** católica

**Ocupación:** vendedora de dulces

**Descripción área familiar:**

Esta paciente relaciona a su madre, padre y tres (3) hermanos, quienes no representan una imagen favorable a su tratamiento ni una figura de supervisión y cuidado; esta paciente se relaciona como habitante de calle y consumidora de pegante, no asiste de forma permanente a las actividades programadas por la fundación. Respecto a su terapia de adherencia se programó una supervisión diaria respecto a su posología y su seguimiento médico ya que presenta niveles clínicos respecto a su carga viral y a sus bajos niveles en sus CD4.

**028**

**Edad:** 42 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** básica primaria

**Estado civil:** unión libre

**Religión:** católica

**Ocupación:** ama de casa

**Descripción área familiar:**

La paciente vive con su compañero sentimental y cuatro (4) hijos de diferentes matrimonios; existe un acompañamiento familiar por parte de su tía quien representa la figura del cuidador y supervisor de su toma de medicación, así mismo esta la acompaña a las actividades programadas favoreciendo en una buena evolución dentro de su tratamiento y mejoría mostradas desde que esta paciente fue diagnosticada. Sus niveles de CD4 se encuentran en un buen nivel al igual que un bajo nivel de carga viral; respecto al programa de adherencia no ha sido necesario implementar mecanismos de contingencia debido a su alto compromiso con el diagnóstico.

**029**

**Edad:** 35 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** técnico.

**Estado civil:** soltera

**Religión:** católica

**Ocupación:** auxiliar de servicios de salud.

**Descripción área familiar:**

Esta paciente vive con su hija menor y su madre, además relaciona a sus otros dos (2) hijos quienes viven fuera del núcleo básico pero con los que mantiene muy buena relación y un contacto permanente; esta paciente asiste puntualmente a su tratamiento, mostrando un alto nivel de compromiso respecto a su toma de medicación, aunque asita sola a las consultas. La paciente posee excelentes niveles en sus CD4 y una carga viral de in detección.

**030**

**Edad:** 33 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** sexto (6) de bachillerato

**Estado civil:** casada

**Religión:** católica

**Ocupación:** ama de casa

**Descripción área familiar:**

La paciente vive actualmente con su esposo y no tiene hijos, asiste sola a los controles y seguimientos planteados por la fundación, mostrando un alto nivel de compromiso respecto a su tratamiento; sus niveles de carga viral son muy bajos y sus CD4 se encuentran en un buen nivel, indicando favorabilidad en los procesos sin necesidad de acudir a una terapia de adherencia.



**031**

**Edad:** 28 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** básica primaria

**Estado civil:** unión libre

**Religión:** católica

**Ocupación:** ama de casa

**Descripción área familiar:**

La paciente convive con su compañero y su hija, no se relaciona un acompañamiento de tipo familiar pero esta asiste de forma puntual y constante a las actividades ofrecidas por el programa; presenta niveles medios de carga viral e igualmente niveles aceptables en sus CD4. La paciente 031 recibe respecto a la terapia de adherencia supervisión mensual de su posología y asesoría clínica por no poseer apoyo de su pareja quien representa un riesgo constante al cumplimiento de su tratamiento por sus niveles de agresividad.

**032**

**Edad:** 26 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** técnica en secretaria y ventas

**Estado civil:** viuda

**Religión:** evangélica

**Ocupación:** desempleada

**Descripción área familiar:**

La paciente vive actualmente con su madre, su hermana y su hija, asiste sola a las asesorías y seguimientos de las actividades programadas por el programa de atención integral, aunque asiste sola su familia según visita domiciliaria reporta que ésta apoya a 032 en su tratamiento y de igual forma acompañan desde su hogar en su toma de medicamentos y asesorías. Sus niveles de carga viral se encuentran un poco elevados y sus CD4 igualmente bajos; debido a su reporte o diagnóstico después de una hospitalización.

Posterior a su diagnóstico se ha establecido un nivel de compromiso muy bueno de la paciente 032 con su tratamiento y seguimiento terapéutico, confirmado respecto a su mejoría física y buen ánimo frente a su situación.

**033**

**Edad:** 26 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** básica primaria

**Estado civil:** unión libre

**Religión:** católica

**Ocupación:** ama de casa

**Descripción área familiar:**

Se presenta a consulta sola afirmando que convive con su pareja, dos (2) hijas y dos (2) hijos, en una primera revisión. Posteriormente no asistió a ninguna de las consultas o asesorías programadas por la fundación. Se ha indagado respecto al domicilio suministrado sin encontrar respuesta, incluyéndose en la lista de pacientes retirados.

**034**

**Edad:** 33 años

**Sexo:** masculino

**Escolaridad:** bachiller

**Estado civil:** soltero

**Religión:** católica

**Ocupación:** obrero

**Descripción área familiar:**

El paciente Vive con su mamá, cuatro (4) hermanos, y un (1) hijo existe un fuerte apoyo familiar respecto al padecimiento, a pesar de que 034 remite a consulta y asesoría solo. Asiste de forma puntual y cumplida a las actividades programadas, siendo promotor o gestor en el resto de los pacientes a realizar talleres grupales generalizando su buena actitud y su historia de vida como elemento favorecedor al buen desempeño de las asistencias de los pacientes que asisten al mismo.

El paciente 034 muestra excelentes niveles en sus CD4 y una carga viral de in detección en su carga viral, lo que refiere de este paciente un muy alto compromiso hacia su tratamiento.

**035**

**Edad:** 40 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** técnico

**Estado civil:** viuda

**Religión:** católica

**Ocupación:** desempleada.

**Descripción área familiar:**

La paciente 035 vive con su hermano, una hermana y tres (3) sobrinos, donde esta corresponde con su tratamiento de forma puntual y responsable, con acompañamiento por parte de su hermana de forma muy notoria, siendo esta quien supervisa la toma de medicación de esta paciente.

Sus niveles de carga viral se encuentran en estado de indetección y sus CD4 en muy buenos niveles. Respecto a su terapia de adherencia, esta cumple favorablemente con sus compromisos sin necesidad de presentar mecanismos más rigurosos.

**036**

**Edad:** 59 años

**Sexo:** femenino

**Escolaridad:** primaria

**Estado civil:** soltera

**Religión:**

**Ocupación:** Trabajadora Sexual

**Descripción área familiar:**

Esta paciente remite un área familiar compuesta por tres hijos de los cuales convive con el menor y su esposa, siendo estos quienes responden por la seguridad alimentaría de la paciente, por la edad de la misma y de acuerdo a su estado de salud. Actualmente la paciente 036 asiste con puntualidad y cumplimiento respecto a los programas ofrecidos por la fundación, aunque esta paciente presente niveles de carga viral muy altos y CD4 bajos, ha mantenido una evolución favorable respecto a sus exámenes de laboratorio y su estado físico en general.

## Anexo F

### Cuadro de asistencia a consulta

Pacientes	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	0	1	0	1	1	1
3	1	1	1	0	1	1	1
4	1	0	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1
7	1	1	0	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1	1
9	1	0	1	1	1	1	1
10	1	1	1	0	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	0	1	1
18	1	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	0	1	1	1
20	1	0	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	0	1	0
22	1	1	1	1	1	1	1
23	R	R	R	R	R	R	R
24	1	0	1	0	1	1	1

25	1	1	0	1	1	1	1
26	1	1	1	1	0	1	1
27	1	0	0	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1	1
31	1	1	0	1	0	1	1
32	1	1	0	1	1	1	1
33	1	1	0	0	0	0	0
34	1	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1	1
36	1	1	0	1	1	1	1
<b>TOTAL ASISTENCIA</b>	35	29	28	29	30	34	33



**Anexo G**  
**Folleto informativo VIH – SIDA**



#### **A TENER EN CUENTA:**

La infección por VIH requiere de cuidados precisos que sólo un equipo multidisciplinario puede prestar. La información que se pueda leer sobre medicamentos sirve como una simple guía y no para "autodiagnosticarse".



Alexis Giovanni Rodríguez Céspedes  
Aspirante al título de Psicólogo  
Universidad Tecnológica de Bolívar  
Turbaço, - Bolívar  
2008

**¿VIH  
Y/O  
SIDA?**



## ? ¿Qué es el VIH?

El Virus de Inmunodeficiencia Humana, o VIH, es el virus que produce el SIDA. **SER VIH POSITIVO NO SIGNIFICA TENER SIDA.** Pueden pasar de 8 a 10 años entre el momento inicial de la infección por el VIH y la aparición de las distintas enfermedades propias del SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.



## ? ¿Cómo se produce la infección?

Los únicos fluidos que pueden transmitir el **VIH** son la sangre, el semen, el líquido preseminal, las secreciones vaginales y la leche materna. La infección ocurre sólo cuando el VIH contenido en los fluidos de una persona VIH positiva, entra a la circulación sanguínea de una persona VIH negativa, por medio de alguna de las siguientes formas:

- Relaciones sexuales sin uso de preservativos.
- Contacto con sangre contaminada.
- De una madre embarazada VIH positiva a su bebé, durante el embarazo, el parto o la lactancia.

*La detección temprana es muy importante, porque actualmente hay tratamientos que disminuyen el riesgo de infección para el bebé durante este periodo.*



## ? ¿El VIH puede provocar la muerte?

**NO** necesariamente, pues los nuevos tratamientos han permitido controlar la acción del virus en el organismo. Sin embargo, con el tiempo el **VIH** puede causar **SIDA**, es decir, alteraciones en el sistema de defensa del organismo que lo hacen propenso a contraer infecciones o a desarrollar ciertos tipos de cáncer que son de mucho cuidado.

## ? ¿Cómo NO se transmite el VIH?

El **VIH** no se transmite por contacto casual con una persona **VIH** positiva. El VIH no se "pega", como la gripe, y por eso el trato con una persona VIH positiva o con SIDA debe ser tan natural como con cualquier persona.

**Anexo H**

**Folleto informativo Tratamiento VIH – SIDA**



#### **A TENER EN CUENTA:**

La infección por VIH requiere de cuidados precisos que sólo un equipo multidisciplinario puede prestar. La información que se pueda leer sobre medicamentos sirve como una simple guía y no para "autodiagnosticarse".



Alexis Giovanni Rodríguez Céspedes  
Aspirante al título de Psicólogo  
Universidad Tecnológica de Bolívar  
Turbaço - Bolívar  
2008

**¿VIH  
Y/O  
SIDA?**



**? Soy seropositivo ,  
¿Qué médico necesito?**

El tratamiento del VIH es muy complejo, por lo que tu médico debe ser un experto en VIH y en SIDA. También es importante que sea alguien con quien te sientas cómodo, ya que tendrás que tomar decisiones sobre el tratamiento conjuntamente con él.

**? ¿Qué pruebas médicas tengo que hacerme?**

Antes de iniciar el tratamiento contra el VIH, tu médico debe conocer tu historial médico completo, hacerte un examen físico, y pedir varios análisis de sangre. Estos análisis incluyen: un hemograma completo, un recuento de células CD4, y un test de la carga viral.

Además, tu médico debe pedir otras pruebas de infecciones, como el test de la tuberculina o, si eres mujer, un examen ginecológico con Papanicolaou.

**? ¿Qué es el recuento de células CD4?**

Un recuento de células CD4 es una medida del estado del sistema inmunitario, el mecanismo natural del cuerpo humano para protegerse frente a las enfermedades.

El VIH infecta a las células CD4, y las utiliza para replicarse (hacer copias de sí mismo). Las células infectadas por el VIH mueren, el sistema inmunitario se debilita, el organismo no puede defenderse y la persona puede desarrollar enfermedades oportunistas.

Con el recuento de células CD4 sabremos cuántas de estas células contiene una muestra de tu sangre. Es importante hacerse esta prueba antes de iniciar el tratamiento porque con ella sabremos en qué estado se encuentra tu sistema inmunitario, y porque nos dará el valor inicial (o basal) del recuento de células CD4 que más tarde nos ayudará a determinar si el tratamiento funciona.



**? ¿Qué es la carga viral?**

Con el test de la carga viral se mide la cantidad de VIH en la sangre de una persona. Es importante realizar esta prueba antes de iniciar el tratamiento porque con ella sabremos cuánto ha progresado la infección por VIH, y también porque nos dará el valor inicial (o basal) de la carga viral que más tarde nos ayudará a determinar si el tratamiento funciona.

**? ¿Qué es el tratamiento antirretroviral ?**

El tratamiento o terapia antirretroviral es la utilización de fármacos para reducir la carga viral del paciente.

La mayoría de las personas que inician tratamiento antirretroviral logran reducir la carga viral a niveles indetectables (menos de 500 copias en cada ml de sangre) en unas 12-16 semanas. Sin embargo, el tratamiento antirretroviral es muy complejo, y los resultados pueden ser muy diferentes en personas distintas