



Ciencias de la salud

Artículo Científico

Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital “Martin Icaza”

Factors influencing antiretroviral treatment in patients with HIV/AIDS “Martin Icaza” hospital

Fatores que influenciam o tratamento anti-retroviral em pacientes com VIH/SIDA Hospital “Martin Icaza”

Freddy E. Villacres-García ^I
freddyvillacres@gmail.com

John P. Ochoa-Loor ^{III}
dr_john.ochoa@hotmail.com

Daniel I. Ruiz del Valle ^{II}
valkirian_terrán@hotmail.com

Recibido: 30 de enero de 2017 * **Corregido:** 9 de febrero de 2017 * **Aceptado:** 14 marzo de 2017

^I Médico especialista en Terapia intensiva - Diplomado en gerencia en salud para desarrollo local, Hospital Universitario de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

^{II} Médico del Ministerio de salud pública del Ecuador – Hospital Universitario de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

^{III} Médico del Ministerio de salud pública del Ecuador – Hospital Universitario de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

Resumen.

Objetivo: Identificar factores que influyen en la no adherencia terapéutica con antiretrovirales (ARV) en pacientes con VIH/SIDA y que desfavorecen el estado clínico y el pronóstico de los pacientes infectados. **Materiales y métodos:** Estudio cualitativo-cuantitativo descriptivo en pacientes que identifica aspectos socio afectivos que inciden en la no adherencia en el hospital “Martín Icaza” en la ciudad de Babahoyo – Los Ríos Ecuador. Se aplicó un cuestionario de datos socio-demográficos, Aspectos Psico-sociales y calidad de vida **Resultados:** Se clasificó a las pacientes en dos grupos, el Grupo 1 Adherente y grupo 2 no adherente. Se confirman los resultados con CD4 y carga viral según los resultados, tomando como referencia cifras de CD4 por arriba de 200 cel/mm³ y el grupo 2 incluye cifras por debajo a 200 cel/mm³ y carga viral en relación a el primer grupo cifras menores a 50 copias/ml siendo estos valores indetectables y el grupo 2 mayor o igual a 50 copias/ml detectables y se obtuvieron los resultados con la muestra poblacional de 85 pacientes de las cuales el 45% pertenecieron a la categoría de no adherentes de esta misma población estudiada se encasillaron una mayoría con falta de recursos económicos para cumplir con la terapia ARV y controles médicos, nivel bajo de autoestima, maltrato físico y el 90 % se sintieron discriminadas. Discusión la adherencia, con enfoque cuantitativo da valores significativos para medir magnitud y no causa, relacionan la adherencia con la evolución clínica pero los estudios se quedan en examinar los niveles y porcentajes de la adherencia sin revisar el porqué de la no adherencia. Está en discusión, considerar a más de los referentes cuantitativos, aspectos como cultura y estilos de vida con enfoque cualitativo. **Conclusiones:** Existe relación entre adhesión al tratamiento y variables psicológicas y sociales. Los niveles de afectación la autoestima y el apoyo familiar así son claves en la adherencia. La calidad de vida y factores sociales inciden en que, el 45% de pacientes no cumplan con los parámetros de adherencia y la mala adherencia es causa de enfermedades oportunistas.

Palabras Clave: VIH-SIDA; TARV; adherencia; factores psicosociales.

Abstract.

Objective: To identify factors that influence antiretroviral (ARV) nonadherence in patients with HIV / AIDS and that disfavor the clinical status and prognosis of infected patients. **Materials and methods:** Qualitative-quantitative descriptive study in patients that identifies socio-affective aspects that affect non-adherence in the "Martín Icaza" hospital in the city of Babahoyo - Los Ríos Ecuador. A questionnaire was applied on socio-demographic data, Psycho-Social Aspects and quality of life **Results:** Patients were classified into two groups: Group 1 Adherent and group 2 non-adherent. The results are confirmed with CD4 and viral load according to the results, taking as reference CD4 numbers above 200 cells / mm³ and group 2 includes numbers below 200 cells / mm³ and viral load in relation to the first group smaller numbers At 50 copies / ml, these values being undetectable and group 2 greater than or equal to 50 copies / ml detectable, and the results were obtained with the population sample of 85 patients, of which 45% belonged to the non-adherent category Population studied were a majority with lack of economic resources to comply with ARV therapy and medical controls, low level of self-esteem, physical abuse and 90% felt discriminated. Discussion The adherence, with quantitative approach gives significant values to measure magnitude and not cause, relate adherence to clinical evolution but the studies are left to examine the levels and percentages of adherence without reviewing the why of non-adherence. It is in discussion, to consider more of the quantitative references, aspects like culture and lifestyles with qualitative approach. **Conclusions:** There is a relationship between adherence to treatment and psychological and social variables. Levels of affectation, self-esteem and family support are key in adherence. The quality of life and social factors mean that 45% of patients do not comply with adherence parameters and poor adherence causes opportunistic diseases.

Keywords: HIV/AIDS; ART; adherence; psychosocial factors.

Resumo.

Objetivo: Identificar fatores que influenciam a não-adesão de anti-retrovirais (ARV) em pacientes com HIV / AIDS e que desfavorecem o estado clínico eo prognóstico de pacientes infectados.

Materiais e métodos: Estudo qualitativo-quantitativo descritivo em pacientes que identificam aspectos sócio-afetivos que afetam a não adesão no hospital "Martín Icaza" na cidade de Babahoyo -

Los Ríos, Equador. Um questionário foi aplicado em dados sociodemográficos, aspectos

psicossociais e qualidade de vida **Resultados:** Os pacientes foram classificados em dois grupos:

Grupo 1 Aderente e Grupo 2 não aderente. Os resultados são confirmados com CD4 e carga viral de

acordo com os resultados, tomando como referência números de CD4 acima de 200 células / mm³

eo grupo 2 inclui números abaixo de 200 células / mm³ ea carga viral em relação ao primeiro grupo

números menores A 50 cópias / ml , Sendo estes valores indetectáveis eo grupo 2 maior ou igual a

50 cópias / ml detectável e os resultados foram obtidos com a amostra populacional de 85 pacientes,

dos quais 45% pertenciam à categoria não aderente. De recursos econômicos para atender à terapia

ARV e controles médicos, baixo nível de auto-estima, abuso físico e 90% sentiram-se

discriminados. Discussão A aderência, com abordagem quantitativa, dá valores significativos para

medir a magnitude e não causar, relacionar a adesão à evolução clínica, mas os estudos são deixados

para examinar os níveis e porcentagens de adesão sem rever o porquê da não adesão. Está em

discussão, considerar mais das referências quantitativas, aspectos como cultura e estilos de vida com

abordagem qualitativa. **Conclusões:** Há relação entre adesão ao tratamento e variáveis psicológicas

e sociais. Níveis de afetação, auto-estima e apoio familiar são fundamentais na adesão. A qualidade

de vida e os fatores sociais significam que 45% dos pacientes não cumprem os parâmetros de adesão

e a baixa aderência causa doenças oportunistas.

Palavras chave: HIV-SIDA; ART; adesão; fatores psicossociais.

Introducción.

Las personas que padecen VIH/SIDA requieren de adaptación al tratamiento ARV. Los estudios de adherencia se efectúan desde exploraciones basadas en modelos teóricos para evaluar factores condicionantes y variables predictores del tratamiento al paciente con VIH/Sida. El tema de la adherencia a TARV involucra aspectos no solamente de carácter descriptivo y al examinar la conducta humana la perspectiva de la investigación se introduce en el plano de las subjetividades y prejuicios que se observan desde la sociedad en sus modelos mentales, afectando el entorno que los rodea.

La inequidad, las asimetrías de género, la vulnerabilidad social, la discriminación, son aspectos políticos y socioculturales, que repercuten en el estado clínico y emocional de aspectos políticos y socioculturales, que repercuten en el estado clínico y emocional de los pacientes. Mellins C; et al, 2003, (1) determinaron que existía una alta tasa de trastornos emocionales como depresión en una tasa porcentual del 50 y 89%. Otros estudios también han mostrado una alta incidencia de depresión en los pacientes con VIH/SIDA, sobre todo en pacientes mujeres encontraron relevante prevalencia de síndromes depresivos además de otros factores psicosociales como son la ansiedad, el estrés y el apoyo social e incluye un grupo de características que actúan para definirla como: la zona de residencia, el estrato socio-económico, la educación, el tipo de afiliación al sistema de salud, el trabajo o las "formas de ganarse la vida", el nivel de ingresos y el acceso a recursos económicos como la propiedad y el crédito. (2,3) La búsqueda de no adherencia a la TARV en pacientes con VIH/SIDA Manejados en la Clínica de HIV del hospital Martín Icaza fenómeno de causa multifactorial permitió generar recomendaciones de manejo sostenible a pacientes afectados

las conclusiones de esta investigación, contribuirá a la reducción de enfermedades oportunistas producto de la baja carga inmunológica de los pacientes con abandono de TAR porque como lo establecen Orbea-Ríos L; et al, 2002, (4) las fallas de cumplimiento derivan de inmediato en infecciones oportunistas. Sobre la adherencia a los ARV y la situación de género en la mujer portadora del VIH/SIDA pocos han sido los estudios que evalúen las consecuencias con diagnóstico de la enfermedad. El diagnóstico puede afectar a la mujer porque a la inequidad social se suma la inequidad de género, que agrega mayor vulnerabilidad a la mujer portadora. La población femenina afectada puede ser más impactada en su estado clínico y emocional como consecuencia de la infección y este factor afecta la esfera emocional en especial la autoestima que es un elemento clave en la adherencia. Mellins C; 2003, (1) también determinaron la existencia de trastornos mentales en población de mujeres con VIH: encontrando síntomas depresivos en mujeres portadoras del VIH/SIDA además de otros factores. 6 Un estudio realizado en Colombia país vecino a Ecuador con similitudes et no sociales en una muestra con 47 mujeres concluyo que el 23,4% presenta indicadores clínicos de ansiedad, el 10,63% de depresión, el 6,38% muestra bajos niveles de autoestima y el 100% de las participantes variables de ansiedad y depresión. (5) La condición de la mujer ecuatoriana como cualquier mujer latina, la conlleva a temores y prejuicios dentro de los cuales se involucra la estigmatización por parte del entorno social y familiar.

Definiciones el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha surgido como el principal tema de Salud Pública en los últimos veinte años, no sólo porque se ha convertido en la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo, sino porque involucra tópicos que captan la atención y la imaginación de la gente, tales como miedo, sexo, muerte prematura y relaciones íntimas. Internacionalmente, la prevención del contagio por el virus de la inmunodeficiencia humana

(VIH)/SIDA es un reto enorme, debido a que el problema está incrementándose rápidamente, mientras que los recursos para resolverlo no. Es necesario desarrollar mejores estrategias para prevenirlo. El curso futuro de la epidemia depende de los esfuerzos que se emprenda ahora para prevenir las ITS /VIH/SIDA.

La salud del paciente portador del virus es particularmente compleja porque la sobrevivencia depende del factor más importante actualmente en la terapia antirretroviral para el éxito del tratamiento que es la adherencia a los esquemas y la disciplina terapéutica, la misma es un proceso dinámico, en el que se interrelacionan aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. En los pacientes portadores surgen necesidades durante el proceso biopsicosocial que los conduce a situaciones estresantes, a la pérdida de autoestima, y a la reacción frente a cualquier forma de discrimen. La “adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR, que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”. Por lo tanto, la adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas. La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento adecuado. Los estudios realizados con los primeros tratamientos antirretrovirales de gran eficacia, permitieron afirmar que la máxima eficacia con el tratamiento antirretroviral necesitaba una adherencia prácticamente perfecta, de forma clásica superior al 95%.

Siete estudio cualitativo-cuantitativo descriptivo realizado en el periodo junio a diciembre del año 2016 con la participación de 85 pacientes con edades comprendidas entre 20 y 50 años de la provincia de Los Ríos en la clínica del VIH del Hospital Martín Icaza. Se aplicó cuestionario de datos socio-demográficos, Aspectos Psico-sociales, calidad de vida. Se complementó con entrevistas a usuarios y se coordinó con trabajo social y psicología el análisis de discurso de los pacientes para hacer objetiva la observación de conductas Las entrevistas se estructuraron sobre temas de: adherencia terapéutica, Calidad de vida, estigmatización y discriminación.

Materiales y métodos.

Estudio cualitativo-cuantitativo descriptivo realizado en el periodo junio a diciembre del año 2016 con la participación de 85 pacientes con edades comprendidas entre 20 y 50 años de la provincia de Los Ríos en la clínica del VIH del Hospital Martín Icaza. Se aplicó cuestionario de datos socio-demográficos, Aspectos Psico-sociales, calidad de vida. Se complementó con entrevistas a usuarios y se coordinó con trabajo social y psicología el análisis de discurso de los pacientes para hacer objetiva la observación de conductas Las entrevistas se estructuraron sobre temas de: adherencia terapéutica, Calidad de vida, estigmatización y discriminación.

Socio-demográficamente el 61% residen en la provincia de Los Ríos con acceso a la unidad hospitalaria de referencia el 39% pertenecieron a cantones diferentes A pesar de que la mayor prevalencia de VIH se sitúa en población masculina en Ecuador y este estudio lo ratifica el fenómeno de la feminización es un factor a ser considerado tendencialmente pues es una de las áreas de más impacto por la transmisión vertical. Al igual que toda la nación el tamizaje de las madres en gestación está bien encaminada y su porcentaje de gestación llega ya al 90% (MSP) La

“feminización” de la epidemia es continúa, hace una década había 10 hombres con VIH por cada mujer con VIH, en 2005 hubo 2,4 hombres por cada mujer, y en lo que va del 2016 son apenas 1,7 hombres por cada mujer. Es decir, hay cada vez más mujeres afectadas por el VIH La feminización rompe el mito que la enfermedad es exclusiva de prostitutas, la mayoría de las mujeres a infectadas es de ocupación quehaceres domésticos.

Criterios de inclusión

Mujeres con diagnóstico de VIH SIDA

Edad entre 20 y 45 años

Criterios de Exclusión

Mujeres menores de 20 años

Mujeres sin diagnóstico confirmado de VIH SIDA

Mujeres con cáncer u otras patologías adyacentes

Resultados.

Encuesta realizada a 85 pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA edades comprendidas entre 20 a 45 años presentó los siguientes resultados.

Situación Laboral			
Trabajadoras del Hogar	Profesionales	Trabajadoras Sexuales	Total
18	5	10	33

Tabla N°1.- Encuesta entre 20 a 45 años

La “feminización” de la epidemia es continúa, hace una década había 10 hombres con VIH por cada mujer con VIH, en 2005 hubo 2,4 hombres por cada mujer, y en lo que va del 2016 son apenas 1,7 hombres por cada mujer. Es decir, hay cada vez más mujeres afectadas por el VIH.

La feminización rompe el mito que la enfermedad es exclusiva de prostitutas, la mayoría de las mujeres a infectadas es de ocupación quehaceres domésticos.

Características	N	%
Ingreso económico		
Menor al básico	31	37
Sueldo básico	19	22
Superior al básico	8	9
Ninguno	27	32
Ocupación		
Ama de casa	68	80
Empleado público	2	2
Empleado privado	15	18
Nivel instrucción		
Primaria	58	68
Bachiller	25	29
Superior	2	2
Religión		
Católica	52	61
Evangélica	27	32
Otros	6	7
Total de Pacientes	85	

Tabla N° 2.- Características socio económico y cultural de los pacientes VIH/SIDA

Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital “Martín Icaza”

	Siempre		Algunas		Pocas		Nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ingresos económicos								
¿Tiene dificultades económicas para retirar sus medicamentos	39	46	27	32	15	18%	3	4
Recibe ayuda económica	19	22	19	23	40	47%	7	8
¿Mantiene la carga de responsabilidad económica en su hogar?	49	58	14	17	12	14%	9	11

Tabla N° 3.- Preguntas relacionadas al factor económico

El 37% no gana más del sueldo básico mientras el 32% no percibe sueldo alguno. El 46% tiene dificultades para movilizarse a retirar los ARV y a los controles por tener otras responsabilidades económicas de manutención representado por el 58% de esta muestra.

Apoyo y discriminación: Entorno Social	Nunca		Siempre		Algunas veces		Solo una vez	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cursa formas de Maltrato psicológico?	19	22	5	6	43	51	18	21
Se ha sentido afectado por agresión física?	36	42	8	9	21	25	20	24
Se ha sentido discriminado de ser portador VIH	17	20	38	45	24	28	6	7

Tabla N° 4.- Estigma y discriminación de las pacientes con VIH/SIDA

Respecto a estigma y discriminación casi la mitad de los pacientes estudiados 43 de 85 con el 51%refirieron recibir maltrato psicológico en algunas ocasiones sin embargo el 42% refirió no haber recibido maltrato físico y ante la pregunta realizada ¿te sientes discriminado el

Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital “Martín Icaza”

45% manifestó sentirse discriminada el 28% respondió que en algunas ocasiones se han sentido discriminadas, mientras el 20% manifestaron que nunca se han sentido así.

Valoración Psicológica	Nunca		Siempre		Algunas veces		Pocas veces	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
¿Se siente con la moral decaído?	16	19	21	25	28	33	20	23
¿A menudo se siente triste?	11	13	21	25	34	40	19	22
¿ha tenido ideas de Suicidio?	65	77	2	2	10	12	8	9

Tabla N° 5.- Valoración de autoestima en pacientes con VIH/SIDA

Apoyo familiar	Siempre		Algunas Veces		Nunca		Sin hijos	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
¿Es la afectividad Una rutina en sus relaciones familiares?	67	79	16	19	2	2	0	0
¿Recibe apoyo y Cuidado de su entorno familiar?	16	19	29	34	35	41	5	6

Tabla N° 6.- Apoyo del familiar

El 79% respondió recibir afecto del entorno familiar, pero el 41% refirió no tener apoyo familiar en formas de cuidado

Consecuencias clínicas relacionadas a la no adherencia.

Las formas de interacción actual entre el servicio de salud de la clínica VIH y el usuario son un factor que no contribuye efectivamente al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas hecho que se evidencia fundamentalmente en la dimensión intramuros de la terapia que deja el papel activo de cumplimiento al paciente y sus cuidadores, pues el

sistema de salud no interviene en el seguimiento comunitario para estimular la decisión de iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral.

El 45 % de los pacientes estudiados presentaron en los controles cifras por debajo de 200 de CD4 y carga viral superior a 50 copias/ml.

Relación de consecuencias y causalidad social.

El 75 % de los pacientes infectados manifestaron que no ganaban más del sueldo básico y el 25 % no percibe sueldo alguno, esta última población manifestó no contar con los recursos necesarios y económicos para cumplir con los controles y un buen régimen alimenticio. El 58% manifestó tener la responsabilidad económica sobre hijos y miembros de la familia de cuyo porcentaje abarca el 30 % perteneciente a aquellas pacientes en cuanto al nivel de autoestima el 36% de pacientes con criterio a la falta de adherencia reveló recibir maltrato físico y discriminación.

Concluido el estudio demostró que el uso regular de fitoestrógenos disminuyen los síntomas menopáusicos al elevar el nivel de estrógeno en la sangre, con notable satisfacción en la calidad de vida de la paciente.

El efecto en los trastornos menopáusicos, ocurre por la actividad estrógenica, para aliviar los síntomas propios de la menopausia. Es importante recalcar que las isoflavonas tienen un demostrado efecto anti cancerígeno, a través de variados mecanismos hormonales y no hormonales, el mayor efecto protector se obtendría frente a tumores de mama y colon.

La dieta rica en fitoestrógenos resuelve el problema práctico del diario vivir de aquella mujer antes agobiada por los sofocos y demás síntomas, así como mejoro el autoestima y calidad de vida de la usuaria como su entorno.

El porcentaje de síntomas dependientes de estrógenos en relación a grupo de edades, sin tratamiento, fue predominante en las mujeres del grupo de edad más avanzado, su incremento estuvo en relación directa con la edad, aunque el porcentaje mayor corresponde al grupo de 50 y 55 años, el grupo de 40 y 45 años también tiene un porcentaje alto de presencia de síntomas lo cual nos demuestra que todas estas mujeres necesitan terapia de sustitución hormonal.

Los síntomas estrogenitos identificados durante el estudio, fueron en orden porcentual dispareunia con un 92% del total de la muestra, sofocos con 80%, estrés con 75%, diaforesis con 70% y dolor en diferentes partes del cuerpo con 60% del total. El síntoma que abiertamente las amenorreicas manifiestan padecer es “sofocos”, seguido de dolor o diaforesis sin embargo esta encuesta sin datos personales revelo que el mayor porcentaje de mujeres padece dispareunia pero por vergüenza no lo expresan francamente.

Discusión.

Este estudio tuvo como objetivo identificar factores sociales determinantes en la adherencia terapéutica con antiretrovirales con VIH/ SIDA esta relación ha sido tratada por la literatura científica con resultados diferentes, habitualmente, no se analizan los aspectossociales como un grupo de condiciones que actúan conjuntamente para determinar, barreras y condiciones de vida que se asocian con su adherencia terapéutica.

La mayoría de pacientes que resultaron no adherentes no cuentan con acceso a recursos económicos y son de estrato socio-económico deficiente, con un bajo nivel de instrucción educativa; viven en condiciones de pobreza y enfrentan mayor déficit social relacionado a su adherencia. También existen diferencias específicas de género notables, que no son tomadas en cuenta a la hora del manejo del VIH.

El promedio general de edad de pacientes infectadas con VIH/SIDA es de 35 años en la mayoría de los casos es la edad donde factores socio culturales como preocupación con la belleza coinciden con la intensificación de la actividad productiva y la búsqueda de recursos factor que debe ser valorado en la medición de adherencia y afectación del auto estima. Altas tasas de depresión se relacionan con el mayor riesgo de desarrollar alteraciones del tejido adiposo (lipodistrofia), tienen mayor riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual. En países pobres y en regiones como las que aborda el estudio las condiciones económicas hacen que las personas infectadas sean más vulnerables disminuyendo la posibilidad de dar resultados a una buena terapia ARV.

Nuestro estudio utilizo métodos para evaluar la adherencia relacionados a la calidad de vida y otros aspectos sociales, considerando condiciones de posición social, socio cultural y económico, niveles cognitivos y percepción emocional de las pacientes y no a la conducta de como tomar los ARV y seguir un régimen de control dieta y estilo de vida. Numerosos estudios observan el tema de la adherencia a los antirretrovirales, con enfoque cuantitativo y por lo tanto cuantificado la adherencia en forma variada y en el plano numérico con valores significativos para medir la magnitud y no la causa. Los estudios longitudinales o trasversales

cuantitativos relacionan la adherencia con la evolución clínica desde métodos objetivos. Sin embargo, las muestras y el tiempo de seguimiento dificultan comparación de variables y correlación efecto causa. Los estudios así planteados se quedan en examinar los niveles y porcentajes de la adherencia es decir el que de la adherencia y no en el porqué. Por lo tanto está en discusión, considerar a más de los referentes cuantitativos, aspectos como cultura y estilos de vida.

Conclusiones.

Nuestro estudio tuvo como objetivo la exploración de la relación existente entre la adhesión al tratamiento antirretroviral y algunas variables psicológicas y sociales. Se clasificaron los participantes en adherentes y no adherentes por el grado de cumplimiento, analizándose, a continuación, las relaciones que presentaban con algunas variables psicosociales. El énfasis del estudio estuvo dado en los niveles de afectación al autoestima y el apoyo familiar así como a las condiciones socio económicos que afectan el área emocional. Todas estas variables presentan una relación significativa que explicarían el fenómeno de la no adherencia con causas establecidas en el área de la conducta y las emociones las mismas que trastocan con el cumplimiento de la medicación antirretroviral. Con relación a la calidad de vida y algunos factores sociales, se evidenció que el 45% de pacientes no cumplieron con los parámetros de adherencia manteniendo una variable en cuanto al inicio, mantenimiento y control de la terapia ARV. La “feminización” se pone en evidencia en el estudio y está en relación con los datos nacionales e internacionales, La feminización rompe el mito que la enfermedad es exclusiva de prostitutas, la mayoría de las mujeres a infectadas es de ocupación que haceres domésticos Una conclusión categórica es que la mala adherencia es causa de enfermedades oportunistas pacientes no cumplieron con los parámetros

de adherencia manteniendo una variable en cuanto al inicio, mantenimiento y control de la terapia

ARV.

Bibliografía.

1. Mellins C, Kang E, Cheng-Shiun L, Havens J, Chesney M. Longitudinal Study of Mental Health and Psychosocial Predictors of Medical Treatment Adherence in Mothers Living with HIV Disease. *Aids Patient Care and STDs*. 2003; 17(8): p. 407-416.
2. Jones D, Ishii M, LaPerriere A, Stanley H, Antoni M, Ironson G, et al. Influencing Medication Adherence Among Women with AIDS. *AIDS Care*. 2003; 15(4): p. 463-474.
3. Kimmerling M, Wagner G, Ghosh-Dastidar B. Relationship of Gender, Depression and Health Care Delivery with Antiretroviral Adherence in HIV Infected Drug Users. *International Journal of STD & AIDS*. 2003; 14(1): p. 281–284.
4. Orbea-Ríos L, Domínguez A, Alpañés J. Síndrome mononucleósico con patrones viro-inmunológicos similares a los de una primoinfección VIH-1 tras interrupción del tratamiento antirretroviral eficaz. *Anales de Medicina Interna*. 2002 jun; 19(6): p. 62-64.
5. Rodríguez-Lopez M, Arrivillaga M, Holguín-Ruíz J, Avila A. Perfil del paciente hiperfrecuentador y su asociación con el trastorno ansioso depresivo en servicios de atención primaria de Cali, Colombia. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2016; 33(3).