

**ACTITUD DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DE LA CIUDAD DE
NEIVA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL.**

SONIA ROCIO LISCANO RODRIGUEZ.

WILSON MAPE VANEGAS.

CARLOS ORLANDO CEDEÑO.

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
NEIVA
2004**

**ACTITUD DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DE LA CIUDAD DE
NEIVA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL.**

SONIA ROCIO LISCANO RODRIGUEZ.

WILSON MAPE VANEGAS.

CARLOS ORLANDO CEDEÑO.

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogos

Asesor

FABIO ALEXANDER SALAZAR.

Psicólogo.

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
NEIVA
2004**

Nota de Aceptación

Firma del Presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Neiva, Junio 3 de 2004

DEDICATORIA

Durante este proceso pretendí en varias ocasiones bajarme del bote.
Algunas olas intimidaron hasta el final mi deseo de continuar,
Pero, la mirada de mi padre me inspiraba con su lenguaje singular
Entre el coraje y la ternura, con su diestra me sostuvo todo el tiempo...

Esta es una dedicación especial a Dios, quien es mi fortaleza!
Por quien soy todo lo que soy.
A mi padre, Muchas gracias!

A nuestras familias, padres y hermanos,
Quienes han comprendido
Que hemos empezado a crecer, pero que aún estamos ahí...

Mil gracias y un abrazo eterno.

Carlos Orlando Cedeño

Sonia Rocío Liscano

Wilson Mape Vanegas

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresamos agradecimientos a las personas que participaron con sus saberes, aportes y conocimientos en esta investigación y que sobretodo han comprendido que enseñan más desde lo que son como personas. A ellos mil gracias:

Fabio Alexander Salazar Piñeros, Psicólogo, Jefe de Programa Universidad Cooperativa de Colombia y docente de la Universidad Surcolombiana, en medio de sus mil ocupaciones su orientación y apoyo fue vital en este proceso, gracias por no expulsarnos de su oficina, aunque quisiera hacerlo.

Esperanza Cabrera, Jefe de Programa Universidad Antonio Nariño y docente de la Universidad Surcolombiana, contar con su saber y experiencia resultó acertado todo el tiempo.

Gerardo Barrera, fisioneumólogo del programa departamental de VIH/SIDA y Médico del equipo de la Corporación Neivinda, una simple palabra de agradecimiento queda corta, pero sentir gratitud y no expresarla es como envolver un regalo y no entregarlo. Su paciencia y serenidad frente a nuestra inexperiencia fue nuestro soporte en este camino incansable donde sus huellas son la mejor respuesta de motivación para quienes creíamos que no se podía.

A las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva que participaron en esta investigación, permitiéndonos acercarnos a sus cotidianidades aún desde el pequeño espacio del consultorio del hospital universitario de Neiva. Donde más que llenar un cuestionario, ustedes cambiaron nuestra manera de ver la vida y el sentido que puede expresarse más que en estadísticas, sobre el lienzo de las manos de Dios.

CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACIÓN	5
RESUMEN	6
ABSTRACT	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2. OBJETIVOS	14
2.1. OBJETIVOS GENERALES	14
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	15
4. MARCO TEORICO	22
4.1. INFORMACION SOBRE EL VIH	22
4.2. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	25
4.3. LA CIENCIA DE LA ADHERENCIA	31
4.4. ACTITUD	33

5. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	40
6. MARCO METODOLOGICO	44
6.1. TIPO DE ESTUDIO	44
6.2. DISEÑO METODOLOGICO	44
6.3. UNIVERSO	45
6.4. MUESTRA	46
6.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS	47
6.6. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	52
6.7. ASPECTOS ETICOS DEL ESTUDIO	53
7. RESULTADOS	54
7.1 ASPECTOS CARACTERISTICOS DE LA POBLACION	54
7.2 CREENCIAS FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	58
7.3 SENTIMIENTOS FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	63
7.4 TENDENCIAS DE COMPORTAMIENTO FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	67
7.5. IDENTIFICACION DE LAS CREENCIAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DE LA CIUDAD DE NEIVA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	71

7.6. IDENTIFICACION DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DE LA CIUDAD DE NEIVA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL.	74
7.7.TENDENCIAS DE COMPORTAMIENTO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DE LA CIUDAD DE NEIVA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL.	76
7.8.IDENTIFICACION DE LA ACTITUD DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DE LA CIUDAD DE NEIVA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	77
8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	79
9. CONCLUSIONES	84
RECOMENDACIONES	88
BIBLIOGRAFIA	90
ANEXOS	93

LISTADO DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Presentación y efectos adversos de los antiretrovirales	29
Tabla 2. Operacionalización de variables.	40
Tabla 3. Pacientes con VIH que pertenecen al régimen subsidiado de salud.	45
Tabla 4. Género de la población encuestada.	55
Tabla 5. Intervalos de edad de la población encuestada.	55
Tabla 6. Tiempo de tratamiento con antiretrovirales de la población encuestada.	56
Tabla 7. Ideas o información positiva sobre la efectividad del medicamento Antiretroviral frente a la carga viral.	59
Tabla 8. Ideas o información negativa sobre la efectividad del medicamento Antiretroviral frente a la carga viral.	59
Tabla 9. Ideas o información positiva acerca de los efectos adversos del medicamento antiretroviral.	60
Tabla 10. Ideas o información negativa sobre los efectos adversos del medicamento antiretroviral.	61
Tabla 11. Ideas o información positiva sobre la importancia y facilidad – dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.	62
Tabla 12. Ideas o información negativa sobre la importancia y facilidad – dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.	62
Tabla 13. Emociones y sentimientos agradables (positivos) sobre la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral.	64
Tabla 14. Emociones y sentimientos desagradables (negativos) sobre la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral.	64
Tabla 15. Emociones y sentimientos agradables (positivos) acerca de los efectos adversos del medicamento antiretroviral.	65

Tabla 16. Emociones y sentimientos desagradables (negativos) acerca de los efectos adversos del medicamento antiretroviral.	65
Tabla 17. Emociones y sentimientos agradables (positivos) acerca de la importancia y facilidad-dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.	66
Tabla 18. Emociones y sentimientos desagradables (negativos) acerca de importancia y facilidad-dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.	67
Tabla 19. Actividades y acciones positivas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral.	67
Tabla 20. Actividades y acciones negativas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral.	68
Tabla 21. Actividades y acciones positivas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta los efectos adversos del medicamento antiretroviral.	69
Tabla 22. Actividades y acciones negativas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta los efectos adversos del medicamento.	69
Tabla 23. Actividades y acciones positivas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta la importancia y facilidad-dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.	70
Tabla 24. Actividades y acciones negativas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta la importancia y facilidad-dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.	71
Tabla 25. Creencias favorables hacia el tratamiento antiretroviral	72
Tabla 26. Creencias indiferentes hacia el tratamiento antiretroviral.	72
Tabla 27. Creencias desfavorables hacia el tratamiento antiretroviral.	73
Tabla 28. Sentimientos favorables hacia el tratamiento antiretroviral	74
Tabla 29. Sentimientos indiferentes hacia el tratamiento antiretroviral.	74
Tabla 30. Sentimientos desfavorables hacia el tratamiento antiretroviral.	75
Tabla 31. Tendencias y comportamientos favorables hacia el tratamiento ARV.	76
Tabla 32. Tendencias y comportamientos indiferentes hacia el tratamiento ARV.	76

Tabla 33. Tendencias y comportamientos desfavorables hacia el tratamiento ARV. 77

Tabla 34. Tendencia actitudinal de la escala de actitud frente al tratamiento ARV. 77

LISTADO DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Escala valorativa de actitud.	49
Gráfica 2. Escala valorativa de actitud.	50
Grafica 3. Género de la población encuestada.	55
Grafica 4. Intervalos de edad de la población encuestada.	56
Grafica 5. Tiempo de tratamiento con antiretrovirales de la población encuestada.	57
Grafica 6. Tendencia actitudinal de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva frente al tratamiento antiretroviral.	78

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cuestionario de actitud	94

PRESENTACION

El estudio de las actitudes caracteriza al investigador norteamericano Gordon W. Allport en las primeras décadas del siglo XX. Bajo el proceso mismo de la investigación se ha definido actitud, como una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. En este sentido, la actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado. De la misma manera, que existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas.

A lo largo de la vida, las personas adquieren experiencia y forman una red u organización de creencias, emociones y tendencias de comportamiento características, entendiendo estos componentes de la actitud como los motores encargados de la predisposición a la acción o la conducta. Entonces, la actitud engloba un conjunto de creencias, sentimientos y tendencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación, en la forma de una valoración global de dicho objeto de actitud, en el caso de esta investigación el tratamiento antiretroviral para las personas que viven con VIH, donde, las formas que cada persona tiene de reaccionar ante este objeto de actitud pueden ser muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada en esta población.

Así, esta es una investigación cuantitativa, tipo exploratorio, la cual pretendió identificar la actitud de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva frente al tratamiento antiretroviral, en hombres y mujeres de 15 a 60 años, pertenecientes al régimen subsidiado de salud que asistieron a consulta médica en el período comprendido entre diciembre de 2003 y Febrero de 2004.

Los aspectos que se tuvieron en cuenta para la realización del presente estudio partieron por un lado de la información sobre el VIH/SIDA, el tratamiento antiretroviral, la ciencia de la adherencia, así como las actitudes, su origen, función y componentes frente a la valoración de los objetos de actitud, en esta investigación el tratamiento antiretroviral.

RESUMEN

TIPO DE DOCUMENTO	TESIS DE GRADO
TITULO	Actitud de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva frente al tratamiento antiretroviral.
AUTORES	SONIA ROCIO LISCANO RODRIGUEZ. CARLOS ORLANDO CEDEÑO. WILSON MAPE VANEGAS.
DESCRIPTORES TEMÁTICOS	Información sobre el VIH, Tratamiento antiretroviral, La ciencia de la adherencia, Actitud, Componentes de la Actitud, operacionalización de variables, diseño metodológico, resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones.
DESCRIPCIÓN	Es una investigación de tipo Exploratorio que constituye una identificación de la actitud de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva frente al tratamiento antiretroviral, la cual se realizó a través de la aplicación de una escala de actitud tipo Likert previamente validada, a 41 pacientes del programa de VIH/SIDA en el Hospital Universitario de Neiva en el período comprendido entre diciembre de 2003 y febrero de 2004.
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION	Personas con diagnóstico seropositivo de VIH que estén bajo tratamiento farmacológico con antiretrovirales. Que voluntariamente acepten participar en la investigación y que igualmente se encuentre en condiciones de salud apropiadas para diligenciar un cuestionario. Residentes en la ciudad de Neiva. Pertencientes al Régimen subsidiado de salud atendidos en el Hospital Universitario de Neiva. Edades entre los 15 y 60 años. Pertencientes a ambos sexos. Nivel educativo mínimo que sepan leer y escribir. A cada uno de ellos se le suministró un cuestionario autoaplicado de forma individual, siguiendo el método de Escalonamiento tipo Likert.

<p>CONTENIDO</p>	<p>Esta investigación esta formada por una introducción, planteamiento del problema, unos antecedentes con su respectivo análisis que sustentan la justificación. Se planteó un objetivo general y varios específicos. Se conformó un marco teórico a raíz de la revisión bibliográfica, posteriormente se construyó el diseño metodológico y las variables de estudio, el instrumento (cuestionario, según Escalonamiento Likert) y la validación correspondiente. Se aplicó el instrumento a las personas que conformaron la muestra y una vez concluida la recolección de la información, se llevo a cabo el procesamiento y análisis de esta, y a partir de los resultados obtenidos se elaboraron las conclusiones y recomendaciones</p>
<p>CONCLUSIONES</p>	<p>La actitud de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva frente al tratamiento antiretroviral califica en esta investigación como actitud indiferente frente al tratamiento, lo cual indica que hay una falta de compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico, evidenciando disconformidad en la participación activa, la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico, es decir, no hay acuerdo en lo concerniente a la implicación y colaboración voluntaria ejercida por el sujeto, lo cual se evidencia igualmente en la inconformidad e incoherencia de los resultados obtenidos en los respectivos componentes cognitivos, afectivos y conductuales propios de la actitud.</p>

ABSTRACT

TYPE OF DOCUMENT	THESIS OF GRADE
TITLE	People's that live with HIV of the city of Neiva in front of the treatment antiretroviral attitude.
AUTHORS	SONIA ROCIO LISCANO RODRÍGUEZ. CARLOS ORLANDO CEDEÑO. WILSON MAPE VANEGAS.
THEMATIC DESCRIBERS	Information on the HIV, Treatment antiretroviral, The science of the adherence, Attitude, Components of the Attitude, operacionalization of variables, methodological design, results and discussion, conclusions and recommendations.
DESCRIPTION	It is an investigation of Exploratory type that constitutes an identification of the attitude of people that you/they live with HIV of the city of Neiva in front of the treatment antiretroviral, which was carried out through the application of a scale of attitude type previously validated Likert, to 41 patients of the program of HIV/AIDS in the University Hospital of Neiva in the period understood between December of 2003 and February of 2004.
CHARACTERISTIC OF THE POPULATION	<p>People with diagnostic seropositive of HIV that are low pharmacological treatment with antiretrovirales.</p> <p>That voluntarily they accept to participate in the investigation and that equally it is under appropriate conditions of health to obtain a questionnaire.</p> <p>Residents in the city of Neiva.</p> <p>Belonging to the subsidized Regime of health assisted in the University Hospital of Neiva.</p> <p>Ages between the 15 and 60 years.</p> <p>Belonging to both sexes.</p> <p>Level educational minimum that you/they know how to read and to write.</p> <p>To each one of them he/she was given a questionnaire applied car in an individual way, following the method of Scale type Likert.</p>

<p style="text-align: center;">CONTENT</p>	<p>This investigation this formed by an introduction, position of the problem, some antecedents with their respective analysis that sustain the justification. He/she thought about a specific general and several objectives. He/she conformed to a theoretical mark soon after the bibliographical revision; later on it was built the methodological design and the study variables, the instrument (questionnaire, according to Scale Likert) and the corresponding validation. The instrument was applied people that conformed the sample and once concluded the gathering of the information, you carries out the prosecution and analysis of this, and starting from the obtained results the conclusions and recommendations were elaborated</p>
<p style="text-align: center;">CONCLUSIONS</p>	<p>The attitude of people that you/they live with HIV of the city of Neiva in front of the treatment antiretroviral qualifies in this investigation like indifferent attitude in front of the treatment, that which indicates that there is a lack of commitment with regard to the medication prescribed by the doctor, evidencing unconformity in the active participation, the election and the maintenance of the therapeutic regime, that is to say, there is not agreement in the concerning thing to the implication and voluntary collaboration exercised by the fellow, that which is evidenced equally in the unconformity and incoherence of the results obtained in the respective component cognitive, affective and behavioral characteristic of the attitude.</p>

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El virus de la inmunodeficiencia humana VIH, fue descubierto en los Ángeles California EEUU para el año de 1981 por Michael Gottlieb¹. Los primeros casos detectados se registraron en individuos pertenecientes a la comunidad homosexual, por lo que en un comienzo se creyó que esta sería la única población afectada.

Hoy la realidad muestra que esta enfermedad no ha conocido barreras socioculturales, demográficas ni económicas, pues las estadísticas han reportado a escala mundial cifras tan alarmantes como que tan solo en el año 2000 se detectaron un total de 5,3 millones de casos nuevos, llegando así a la cifras de 36,1 millones de personas infectadas pertenecientes a diversas esferas de la población mundial. Así mismo, lo que comenzó como una epidemia a finales de los setenta, suma ya 21,8 millones de personas que han muerto a causa de esta enfermedad. Siendo estos solo algunos de los datos presentados en el informe “La epidemia del SIDA: situación en Diciembre de 2000”.²

En el año 2002 la cifra aumentó a 40 millones de portadores del virus de inmunodeficiencia humana VIH, puesto que cada día más de 13000 personas contraen el virus que causa el SIDA, y si esta situación continua así, para el 2010 la cifra ascenderá a 50 millones, lo cual constituye un problema de salud pública de primera magnitud en el ámbito mundial.

Esta situación no es ajena a Colombia donde es igualmente alarmante. La transmisión está creciendo a una velocidad increíble desde la aparición de los primeros casos en 1983, continuando este ascenso de manera preocupante. La epidemia de VIH/SIDA en Colombia es superada en Latinoamérica según el número de casos acumulados de infección solamente por la de Brasil y la de México. De los 20.604 casos acumulados de infecciones por VIH reportados en Colombia hasta marzo de 1999, 3412 habían muerto a causa del SIDA. La tasa más alta de incidencia acumulada se registró en el Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá (63,0 por cada 100.000 habitantes) seguida del Valle del Cauca, Antioquia, Atlántico y Santander.³ Y según registro de casos de VIH hasta diciembre de 2001, suman ya los 42,803 de los cuales el 74% se encuentra en la población urbana y 23,003

¹ LOZANO M, Piedad P. Manual de aspectos básicos sobre la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el Sida. Copyright Fundación el buen samaritano, Pereira Risaralda, 1995. p 7.

² Publicado por el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

³ Guía de Atención del VIH/SIDA, la cual hace parte de la resolución No 00412 de 2000. Tomado de: <http://www.saludcolombia.com/actual/html/normal/ntsida.htm>.

corresponde a edades entre los 15 y 49 años, siendo la principal vía de transmisión la sexual.

Por otro lado, en el departamento del Huila desde que se notifico el primer caso de VIH/SIDA en el año de 1988 y hasta el 31 de diciembre de 2003 se han diagnosticado 840 casos de los cuales el 40% son portadores adolescentes. La tasa de incidencia, según informe de la Secretaria de Salud Departamental del Huila del 31 de diciembre de 2003 es de 86,8 por cada 100.000 habitantes, con predominio en los rangos de edad entre los 20 y 29 años, seguido por el de 30 a 39 años, situación que preocupa debido a que es la etapa de mayor producción tanto para hombres como para mujeres; pero preocupa mucho más que en los últimos tres años se empezaron a presentar casos en el rango de edad de 10 a 19 años directamente relacionado con el aumento de la vida sexual activa de los adolescentes antes de los 15 años.

De acuerdo a la procedencia, entre los municipios más afectados se encontraron: Neiva con 577 casos registrados, seguido por Pitalito con 51 casos, La Plata con 20 casos, Gigante con 17 casos, Campoalegre con 15 casos, Baraya con 8 casos, entre otros municipios para un total de 840 casos registrados en el departamento del Huila, sin tener en cuenta el subregistro existente.

Se han realizado acciones de promoción y prevención en la ciudad de Neiva por parte de instituciones de salud pública con la participación de instituciones con sedes en esta ciudad como la Fundación EUDES, Fundación Güipas y la Corporación NEIVHIDA. En dicha tarea estas instituciones han abordado esta problemática con acciones específicas en cuanto a la atención a la persona que vive con VIH, como lo son la atención médica, farmacológica y la asesoría psicológica, pero aún así no se cuenta con las condiciones necesarias para brindar atención y servicio integral para las personas que viven con VIH en esta ciudad, ni en todo el país.

En las tareas de atención a la persona que vive con VIH, los profesionales de la salud saben que los mayores avances en las investigaciones sobre el VIH/SIDA se han presentado en la industria farmacéutica a través del desarrollo de tratamientos Farmacológicos Antiretrovirales, a tal punto que estos medicamentos permiten que en los pacientes que viven con VIH "...haya una reducción en la actividad del virus de modo que se encuentre por debajo del límite de detección en las pruebas que están disponibles actualmente (menos de 50 copias del ARN VIH) o tan bajo como sea posible durante el mayor tiempo posible..."⁴; igualmente, permiten que las células del sistema inmunitario aumenten en cantidad para hacer frente e incluso disminuyendo el número de enfermedades oportunistas, así como de ingresos hospitalarios y mejoría en la supervivencia, como de un mejor y adecuado funcionamiento social, familiar y laboral.

⁴ Website: HYPERLINK "http://www.projectinform.org" www.projectinform.org. HYPERLINK "http://projectinforms" <http://projectinforms>. Estrategias de terapia contra el VIH/SIDA/información.htm.

Por lo tanto es necesario que el paciente adquiera una adherencia al tratamiento farmacológico por lo menos en un 90% para que el tratamiento resulte eficaz, si no es así, las posibilidades del tratamiento son mínimas o ninguna, pues, los conocimientos sobre mecanismos de resistencia sugieren que cuando persiste la replicación del virus aún en presencia de medicamentos antiretrovirales aumenta la posibilidad de selección de cepas resistentes, es decir, "...tanto los tratamientos con otros medicamentos menos efectivos como el incorrecto cumplimiento del tratamiento crean las condiciones para que la cepa virológica se vuelva resistente al medicamento"⁵, de ahí la importancia de la adherencia y el correcto cumplimiento del tratamiento con antiretrovirales.

Por otro lado, se indagó al personal en salud sobre el comportamiento de la adherencia en pacientes huilenses con VIH, y lo que se observa – según estos - es una No-adherencia al tratamiento antiretroviral, lo cual tiene una influencia negativa en la consecución de los objetivos del tratamiento farmacológico. Según reporte médico, las personas que alguna vez han recibido el medicamento conocen y tienen a su alcance bastante información sobre la enfermedad, los cuidados y en general sobre el tratamiento, sin embargo, primero se vencen los medicamentos en los sitios de distribución o en sus casas, situación que aumenta los costos de un tratamiento que, a falta de compromiso del paciente, resulta infructuoso.

Tales motivos han llevado a calificar el no consumo de estos medicamentos como el “talón de Aquiles” de la terapia antiretroviral, debido a la importancia de la adherencia correcta a este tipo de tratamiento farmacológico. Así mismo, la impotencia del personal médico ante la aparición de resistencia al medicamento y enfermedades oportunistas, aumenta y desalienta cualquier esfuerzo de atención, puesto que, si el hecho de mantener el cumplimiento y la adhesión al tratamiento es el factor principal para que una persona que vive con VIH prolongue su vida con calidad y sobre todo que el virus no se desarrolle de manera rápida, lo más lógico y esperado es que estas personas aprovecharan los beneficios que el tratamiento les brinda y respondieran positivamente a la prescripción farmacológica. Además, teniendo en cuenta que el acceso a las medicinas es uno de los derechos humanos básicos del que carece un tercio de la población del planeta, se espera que quienes reciban estos medicamentos reconozcan su utilidad y aprovecharan la posibilidad de tratamiento que tienen a su alcance.

Pero este ideal no está cerca de la realidad, puesto que, las mismas instituciones reportan casos de personas que aún teniendo acceso al sistema de salud, no toman el medicamento porque se les olvida, por las contraindicaciones o restricciones médicas, otros lo venden porque “necesitan dinero para subsistir”, y otros lo regalan o lo botan atribuyendo esta

⁵ DOMINGO Solans E; LÓPEZ Galíndez D, Coordinación Resistencia a los fármacos antiretrovirales. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid España, 1997. p, 12.

conducta de no adherencia a la creencia que “el medicamento a largo plazo es peor que la enfermedad misma”. Sin embargo, otras personas adquieren una adherencia de buen pronóstico en el tratamiento, personas que responden con una adherencia casi perfecta al tratamiento antiretroviral en condiciones similares a quienes no lo hacen.

Entonces, se puede hablar por parte del paciente de una evaluación global positiva o negativa frente al tratamiento antiretroviral que hace que se presente o no adherencia al tratamiento antiretroviral en personas que viven con VIH, es decir, son las creencias, afectos y tendencias de comportamiento de las personas que viven con VIH frente a los medicamentos antiretrovirales, por las que es necesario cuestionarse, para dar respuesta al problema de la falta de adherencia, puesto que, el tratamiento antiretroviral posee unas características especiales que hace que la interacción sujeto/medicamento, necesariamente produzca una relación objeto/atributo como elementos propios de la actitud.

Los estudios se quedan sin respuesta frente a este aspecto determinante del tratamiento antiretroviral, es por eso, que desde la psicología, como disciplina científica se pretendió dar respuesta a la descripción de la actitud frente a la adherencia al tratamiento antiretroviral en personas que viven con VIH en la ciudad de Neiva, lo cual permitiría generar, encaminar y reorientar políticas y estrategias de tratamiento más afines, al conocer las creencias y sentimientos que hacen que una persona en riesgo de deterioro y muerte no sostenga los horarios, condiciones y cantidad de ingesta de un medicamento que puede salvarle no solo la vida sino su funcionalidad social, familiar y laboral, pues es simple y determinante, si el paciente no sostiene el tratamiento, la terapia fracasa.

Entendiendo entonces, la adherencia como el sostenimiento sistemático y permanente del tratamiento farmacológico prescrito, la pregunta que guió esta investigación fue la siguiente:

¿Cuál es la actitud frente al tratamiento antiretroviral de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar la actitud frente al tratamiento antiretroviral de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Señalar las creencias sobre el tratamiento antiretroviral de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva.
- Identificar los sentimientos frente al tratamiento antiretroviral de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva.
- Determinar las tendencias de comportamientos frente al tratamiento antiretroviral de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva.

3. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El tema del VIH al ser un problema de salud pública con fuertes connotaciones sociales, culturales, económicas y políticas, ha sido y continúa siendo objeto de múltiples investigaciones desde la comunidad científica, lo cual se puede observar en el gran número de investigaciones que se han realizado desde diferentes disciplinas como la Biología, farmacología, Nutrición, psicología e incluso desde el área Social y Legal, con el objetivo de que sus aportes contribuyan en la solución de las diversas connotaciones que esta pandemia sigue ocasionando. En este sentido, un gran aporte de la comunidad científica en el abordaje de esta problemática se encuentra en la formulación de tratamientos farmacológicos Antiretrovirales, sin embargo, se recalca en este tipo de tratamientos la necesidad del establecimiento de alta adherencia para obtener buenos resultados del mismo.

Por tal razón, en vista de la importancia de la adherencia al tratamiento antiretroviral, se han realizado investigaciones a nivel internacional que han permitido clarificar en cierta medida la existencia de múltiples factores psicológicos y sociales que rodean la adherencia a los tratamientos. Entre estas se ha tenido en cuenta la siguiente investigación realizada hacia el año 2001 en el servicio de farmacia del Instituto Clínico de infecciones y de inmunología del hospital clínico de Barcelona en España, donde los autores determinan y agrupan factores asociados a la adherencia al tratamiento antiretroviral.

Codina⁶, en su investigación sobre la importancia de la adherencia al tratamiento antiretroviral señala que existe no sólo un factor asociado a la adherencia, sino que por el contrario, la adherencia a los tratamientos antiretrovirales se encuentra inmersa en múltiples factores psicológicos y sociales propios del individuo, la familia y la sociedad, entre las que se encuentran especialmente, la relación del individuo con la enfermedad, las características propias del régimen terapéutico, y la relación del paciente con el equipo asistencial.

“A nivel del individuo, se encuentra la situación familiar, el entorno social, tipo de domicilio o vivienda, situación económica y situación laboral, así como el estado emocional, las creencias y la actitud hacia la enfermedad y el tratamiento. (...) La relación del individuo con la enfermedad, es decir, el nivel

⁶ CODINA, C. TUSET, M. MARTINEZ, M. Entre otros. Importancia y Monitorización de la adherencia al tratamiento antiretroviral. Servicio de farmacia del Instituto de infecciones y de inmunología del Hospital clínico de Barcelona. España, 2001.

de aceptación de la enfermedad, expectativas de vida, estado y evolución de la enfermedad y por supuesto la calidad de vida que experimente.”⁷

En este sentido, estos autores señalan dentro de los factores a nivel del sujeto la actitud hacia la enfermedad y el tratamiento como uno de los factores asociados a la adherencia al tratamiento antiretroviral. Sin embargo, tan sólo se encuentra mencionada, más no sugiere mayores implicaciones en cuanto a la valoración positiva o negativa del objeto de actitud, su intensidad y tendencia. De igual manera, otro aporte significativo en cuanto a los factores asociados a la adherencia al tratamiento antiretroviral se encuentra:

“Las características del régimen terapéutico, el número de tomas de medicamento al día, número de unidades, presencia o ausencia de efectos adversos, tolerancia o resistencia a los medicamentos, complejidad e interferencia con los hábitos del paciente, entre otros. Así como, la relación del paciente con el equipo asistencial, nivel de apoyo, ayuda, y comprensión del proceso, además del proporcionar y facilitarle consejos e información”.⁸

Teniendo en cuenta, que esta investigación mencionada no es un estudio de actitud y que fue realizado en otro contexto sociodemográfico, y que además, obedece a unos objetivos específicos dados, se aclara entonces, que este antecedente investigativo permite al lector comprender la existencia de factores asociados a la adherencia al tratamiento antiretroviral donde a nivel del individuo uno de ellos puede ser la actitud hacia el medicamento.

En el ámbito nacional se seleccionó algunas investigaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico para personas que viven con VIH, los cuales abordaron principalmente el tema de la adherencia y su importancia inminente para el éxito de dicho tratamiento. Entre ellas se señala en primer lugar, una investigación realizada con pacientes pediátricos con VIH/SIDA, en el ISS y la fundación Dar amor de la ciudad de Santa Fe de Bogotá, en el año 2002, en el cual se pretendía diseñar e implementar un programa de atención farmacéutica.

Carmona y Pardo⁹, autores de esta investigación describen minuciosamente lo relacionado a la infección por VIH/SIDA, su fase inicial, crónica y final, además de hacer constante énfasis en la importancia de los exámenes periódicos para el control de la enfermedad, como aspecto importante de control de la carga viral y de la efectividad del tratamiento.

⁷ *Ibíd.*, p. 83.

⁸ *Ibíd.*, p. 97.

⁹ CARMONA SANDOVAL, Cesar A. PARDO RODRIGUEZ, Angélica M. diseño e implementación de un programa de atención farmacéutico. Santa Fe de Bogotá, 2002. Tesis (Químico farmacéutico). Universidad Nacional de Colombia.

Igualmente, exponen las razones principales por las cuales debe considerarse el cambio de tratamiento, ya que todo tratamiento farmacológico debe suministrarse de manera personalizada. En este sentido señalan que se hace necesario cambiar el tipo de terapia farmacológica cuando haya “aparición de resistencia definida, uso actual de un régimen subóptimo o esquema inadecuado y en los casos en que se presenta toxicidad, intolerancia o no adherencia al tratamiento”¹⁰.

Resulta interesante para los autores señalar que la toxicidad, intolerancia o no adherencia al tratamiento se constituye en un factor que conlleva a la necesidad de reestructuración del esquema de tratamiento, bien sea para cambio del tipo de terapia, aumento de dosis y horarios, lo cual han observado los profesionales en atención en salud como desfavorable para este tipo de tratamientos, pues generalmente aumentan la posibilidad de actitudes negativas hacia el medicamento, donde la ausencia de una actitud positiva “se ve reflejada en la no asistencia a controles médicos ni a exámenes de control de la infección, dando paso al avance desbordado de carga viral en el organismo y el afloramiento de las diversas enfermedades oportunistas”¹¹.

Resaltan además que, “para el éxito de todo tratamiento se debe adoptar una actitud positiva frente al mismo, a través de un proceso educativo con los pacientes, pues de allí se desprenden los demás elementos coadyuvantes en la terapia antiretroviral, favoreciendo la eficacia de los medicamentos y reflejando de esta forma la ya conocida adherencia al tratamiento contra la infección”¹².

En este sentido, se hace necesario recalcar la importancia de una adecuada actitud y/o al menos una buena disposición al empezar cualquier tipo de tratamiento, mas aún cuando se encuentra relacionado con el consumo de medicamentos, como en este caso que se hace referencia a los antiretrovirales, pues estos especialmente por su composición farmacológica originan en el organismo respuestas físicas desfavorables que son conocidas como efectos adversos y que fácilmente pueden hacer perder la motivación del paciente durante el tratamiento a tal punto de generar el abandono del mismo. Situaciones que sugieren necesario acompañar y brindar educación durante todo el tiempo de tratamiento para fomentar, vigilar y solidificar una actitud favorable frente al tratamiento antiretroviral, lo cual motivaría y alimentaría la posibilidad de un nivel de adherencia por encima del 90% esperado.

Por otro lado, en “Aproximación al ejercicio de la atención farmacéutica en personas con tratamiento antiretroviral pertenecientes al programa de prevención y control de ETS

¹⁰ *Ibíd.*,

¹¹ *Ibíd.*,

¹² *Ibíd.*,

VIH/SIDA del ISS” investigación llevada a cabo por Botero y Acosta”¹³, se señala que dentro de “los problemas relacionados con los medicamentos se encuentra en primer lugar, la interacción directa con los medicamentos (...) del tratamiento que recibe el paciente, y en segundo lugar, la posibilidad de ocurrencia de una alteración fisiológica, clínica, psicológica, sociocultural o económica en torno al tratamiento”. Mencionan igualmente la importancia de la educación en la terapia antiretroviral, donde se le brinde al paciente la posibilidad de formular preguntas acerca de lo que entiende o no del tratamiento, ayudándole a modificar su conducta no sólo frente al medicamento sino también frente a su estilo de vida.

En cuanto a la adherencia, señalan que en pacientes con enfermedades crónicas ésta es un verdadero desafío, pues “como regla general solo el 50% de los pacientes tienen una buena adherencia”, lo cual fue reiterado por sus resultados donde observaron porcentajes similares de adherencia en la muestra que seleccionaron. “Infortunadamente en el caso de esta infección, buena adherencia no es suficiente y las consecuencias de la no adherencia resultan severas”. Teniendo en cuenta que, “la adherencia a la terapia es crítica por dos razones principales, la naturaleza del virus y los medicamentos utilizados en el tratamiento”. Donde los pacientes necesitan adherencias perfectas para alcanzar cargas virales indetectables, así, una persona no adherente al tratamiento antiretroviral en pocas semanas puede llegar a comprometer su tratamiento a futuro, debido a la resistencia cruzada en los medicamentos.

A nivel local encontramos investigaciones realizadas desde el campo de la medicina que involucra poblaciones con VIH, entre ellas se menciona: la realizada por Cuellar Sánchez¹⁴, investigación de tipo descriptivo-estadístico donde se hace revisión teórica de la etiología de la enfermedad y de las implicaciones en individuo, tanto a nivel individual, familiar y social, y cuyos resultados señalan los principales sitios y formas de contagio del VIH en la ciudad de Neiva. Así mismo, Herrera y otros¹⁵, hacen un aporte etiopatogénico y epidemiológico del fenómeno social SIDA, sin embargo, confirma la idea de que hacen falta estudios que tengan en cuenta los aspectos psicológicos que envuelven este fenómeno del virus del VIH/SIDA.

¹³ DIAZ BOTERO, José J. ACOSTA SABOGAL, Andrés A. Aproximación al ejercicio de la atención farmacéutica en personas con tratamiento antiretroviral pertenecientes al programa de prevención y control de ETS, VIH/SIDA del ISS. Santa Fe de Bogotá, 2001. Tesis (Químico farmacéutico). Universidad Nacional de Colombia.

¹⁴ CUELLAR SANCHEZ, Carlos. Principales sitios y formas de contagio del VIH en la ciudad de Neiva. Neiva, 1998. Tesis (Médico cirujano). Universidad Surcolombiana. Facultad de Salud. Programa de medicina.

¹⁵ HERRERA, Fabián L y Otros. Prevalencia de enfermedades oportunistas en pacientes con SIDA entre enero de 1997 y marzo de 1998, en el área urbana de Neiva. Neiva, 1998. Tesis (Médico cirujano). Universidad Surcolombiana. Facultad de salud. Programa de medicina.

Por otro lado, Botache¹⁶ y otros, retoman los aspectos biológicos y médicos del SIDA durante el embarazo. En esta monografía a diferencia de las anteriores investigaciones le abre un espacio a los aspectos psicológicos, e incluso a los aspectos legales que intervienen en este fenómeno. Así mismo, otra investigación encontrada sobre el fenómeno de VIH es la realizada por Bonilla¹⁷, docente del área de Investigación de la Universidad Surcolombiana, investigación cualitativa de tipo etnográfica, donde el autor rescata la percepción del sujeto frente a la discriminación y la intolerancia tanto para su condición de homosexual como de portador de VIH.

Desde el área de la psicología, se presentan a continuación dos investigaciones relevantes para esta investigación, pues ambas son estudios de actitud y una de ellas se relaciona con los tratamientos en enfermedades crónicas.

En primer lugar, Sierra¹⁸, desarrolló una investigación cuantitativa, tipo descriptivo, sobre la actitud frente a su sexualidad, en hombres y mujeres de hasta 28 años, estudiantes de la universidad Surcolombiana en Neiva. Este estudio de actitud contribuyó significativamente a investigación al tener en cuenta las actitudes, su origen y función frente a las conductas. Dentro de sus conclusiones especialmente se resalta que “en cuanto a la actitud no se encontraron diferencias significativas entre activos y no activos sexualmente, en cuanto a genero, se alcanzan a distinguir algunas diferencias relacionadas con la dimensión de atracción, donde los hombres dan mas importancia a la apariencia física y las mujeres se fijan mas en la compatibilidad”. Así mismo, de manera general se aprecia en sus resultados que “un tercio de la población de la Universidad Surcolombiana indica tendencia a conductas de riesgo frente al contagio de ETS/ VIH y embarazos no deseados”.

En segundo lugar, la investigación desarrollada por Espinosa¹⁹ y Otros, señala que “las apreciaciones de los pacientes reflejan una desinformación general entre ellos mismos respecto a la enfermedad, al tratamiento y las implicaciones que tiene para el sujeto que la padece y quienes le rodean”. Así mismo, “la motivación proporcionada por los elementos externos al paciente juegan un papel muy importante en el proceso de adhesión al tratamiento, cuyos elementos sirvieron de apoyo para llevar a cabo un buen tratamiento y con buenos resultados”.

¹⁶ BOTACHE, Wilmer F y Otros. Sida y embarazo. Neiva, 1999. Tesis Monografía (Médico cirujano). Universidad Surcolombiana. Facultad de salud. Programa de medicina.

¹⁷ BONILLA, Carlos B. El significado de la escuela en los procesos de intolerancia. Historia de vida de un homosexual portador de VIH. Neiva, 1999. Universidad Surcolombiana.

¹⁸ SIERRA, Carolina. Actitud frente a su sexualidad en jóvenes estudiantes de la Universidad surcolombiana de Neiva, según género y actividad sexual. Neiva, 2002. Tesis (psicólogo). Universidad Surcolombiana. Facultad de salud. Programa de psicología.

¹⁹ ESPINOZA E, Carolina; RAMON D, Luz Marina; SANCHEZ R, Katy J. Actitud hacia la conducta subjetiva presentes en pacientes con tratamiento para cáncer entre los 25 y 65 años de la Liga de lucha contra el cáncer, sede Neiva. Neiva, 2003. Tesis (psicólogo). Universidad Surcolombiana.

Esta investigación aportó elementos acerca de la vivencia psíquica de los pacientes diagnosticados con alguna enfermedad crónica o Terminal, contribuyendo al mismo tiempo al conocimiento del proceso de análisis interno que realiza todo individuo en virtud de la presencia de la enfermedad.

Sin embargo, como puede ser observado por el lector estas investigaciones no dicen mucho sobre la problemática planteada en esta investigación, pues aún faltan estudios que aborden la epidemia de VIH no sólo desde una perspectiva psicológica, sino que también permita dar cuenta de la valoración positiva y/o negativa que tiene esta población con respecto al tratamiento que reciben. Además, dado que la adherencia al tratamiento antiretroviral es tan importante y fundamental para la consecución de los objetivos de la terapia farmacológica, la presente investigación pretenderá explorar e identificar en el contexto de la ciudad de Neiva, las creencias, sentimientos y tendencias de las personas que viven con VIH de esta ciudad frente al tratamiento farmacológico antiretroviral.

Por esta razón, los autores buscan identificar la actitud de las personas con VIH, puesto que al determinarla de manera precisa permitirá que los profesionales en salud, tanto médicos, como psicólogos o de todas aquellas ramas que tengan relación o estén involucrado en la atención de las personas que viven con VIH, puedan brindar opciones específicas de mejoramiento del tratamiento desde un abordaje integral, mejorando la calidad de vida del paciente y su familia.

La anterior revisión de los estudios realizados a nivel nacional y local sobre la adherencia al tratamiento antiretroviral en personas que viven con VIH concuerda con la opinión de los especialistas, la adherencia es la meta a alcanzar en todo abordaje terapéutico que se emprenda con las personas que viven con VIH.

Siendo tan importante la adherencia y al no hallarse estudios que aporten información sobre este aspecto en esta región, es necesario explorar cuales son las creencias, los sentimientos, y las tendencias al comportamiento que presenta la población que vive con VIH respecto al tratamiento antiretroviral, es decir, identificar la actitud de dichos pacientes y con ello las implicaciones que de ello se derive; lo anterior es de vital importancia porque como lo demuestran las investigaciones citadas anteriormente se encontró que este es uno de los factores asociados más influyentes a tener en cuenta a la hora de iniciar un tratamiento antiretroviral.

Se pretende entonces en este estudio hacer un acercamiento a este importante factor que afecta la adherencia y que además puede brindar elementos para hacer inferencias sobre futuras conductas en estos pacientes. Además los datos permitirán hacer una revisión a los procesos (atención, políticas, programas) que se llevan a cabo actualmente en el

abordaje de esta problemática concretamente en el lugar donde se llevará a cabo esta investigación, dependiendo obviamente de los resultados.

Se espera que la información que se obtenga beneficie en alguna medida a las cerca de 329 personas que viven con VIH y que asisten al Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo, al tratamiento antiretroviral y a las que en un futuro lo harán.

Por ultimo, se aspira a que esta investigación abra el camino a otras estudios relacionados con la adherencia que amplíen, profundicen o hallen nuevos conocimientos que brinden mayores elementos para lograr intervenciones más eficaces que logren beneficiar a la gran cantidad de personas que viven con VIH.

4. MARCO TEORICO

4.1. INFORMACION SOBRE EL VIH

El VIH es el virus causal de la enfermedad del Sida, cuya sigla tiene relación con que es un Virus el agente etiológico de la infección, que ataca al sistema Inmunológico o de defensa del cuerpo humano frente a virus, bacterias, hongos y otras enfermedades relacionadas, en el ser Humano, puesto que no se ha reportado su acción en ningún animal. Fue identificado inicialmente como el agente etiológico del Sida en varios países del mundo, considerándose a África como “la cuna del VIH-1” y el origen de la epidemia.

“El virus de inmunodeficiencia humana está clasificado dentro del género **Lentivirus**, llamados así porque pueden permanecer latentes por un período prolongado antes de que se manifiesten síntomas graves de la enfermedad, pertenece a la familia **retrovirae** y afecta al sistema inmunológico del organismo disminuyendo la capacidad de defensa ante la manifestación de la enfermedad”²⁰.

La característica única que distingue a los retrovirus y permite su clasificación es la necesidad de transformar su información genética, que está en forma de ARN, en ADN (proceso de transcripción inversa) mediante una enzima que poseen, conocida como transcriptasa inversa.

4.1.1. FACTORES DE RIESGO

Se reconocen actualmente tres factores de riesgo generales en la transmisión del virus de VIH:

- A. Transmisión vía sanguínea. La necesidad de transfusiones sanguíneas en el caso de hemofílicos maximiza el riesgo, así como la exposición a psicoactivos y la imprevisión de accidentes.

²⁰ VELASQUEZ DE V, Gloria y GOMEZ A, Rubén Darío. Fundamentos de Medicina. SIDA. 1993. p 3.

- B. Transmisión por vía sexual. En general conductas y hábitos de contactos sexuales inseguros o sin protección.
- C. Transmisión por vía perinatal. Con un umbral de mayor riesgo en el momento del parto.

4.1.2. PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

Se han desarrollado pruebas específicas para el diagnóstico, lo cual constituye una actividad de prevención secundaria orientada a la detección precoz, con el fin de brindar un tipo específico de servicio o atención, y para que una persona esté segura si es portador del virus o no. La más común y utilizada es el test de inmunoenzimático de ELISA (llamado también test de despistaje)²¹, aunque se han encontrado falsos positivos y falsos negativos en algunos resultados, por lo cual todo resultado positivo obtenido en esta prueba debe ser confirmado por otros test de confirmación como el WESTERN BLOT o INMUNOBLOT.

4.1.3. IMPACTO PSICOLÓGICO EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Las primeras reacciones de las personas ante el diagnóstico seropositivo están generalmente acompañadas de una fuerte carga emocional de negación e incredulidad, seguida de ansiedad y depresión e incluso ideas de suicidio. Además, se suelen añadir preocupaciones en torno a la pérdida de soporte social y del afecto por parte de familiares y amigos, e incluso, el miedo a la alteración de su aspecto externo y a la posible pérdida de sus facultades mentales; por lo cual llegan a considerarse a sí mismos como una carga para el entorno. Aunque Velásquez²² refiere que el impacto emocional del VIH es supremamente penoso no sólo para el paciente sino también para los que le rodean.

A continuación se expone algunas de las reacciones del impacto psicológico en las personas que viven con VIH, según documento del Ministerio de salud²³ (1992):

1. **Negación.** Inicialmente se puede dar tal respuesta como mecanismo adaptativo que protege a la persona del impacto del diagnóstico. Es frecuente que la persona se muestre incrédula y piense que se ha cometido un error o que ignore el resultado y continúe su cotidianidad, pero debe tenerse en cuenta, que aunque no se puede remover precipitadamente, tampoco puede ser mantenida o alentada durante mucho tiempo, puesto que, “Si la actitud de negar el diagnóstico persiste, ello resulta contraproducente para la

²¹ Ministerio de salud. Guía de atención del VIH/SIDA. Santa Fe de Bogotá, 2000. p 13.

²² VELASQUEZ, Op. cit., p 244.

²³ Ministerio de salud. Asesoría en Infección por VIH/SIDA. Santa Fe de Bogotá. 1992.

asunción de la responsabilidad que implica el autocuidado, la adherencia al tratamiento y la protección a otras personas”²⁴.

2. **Temor.** Algunas personas infectadas por el VIH conciben la enfermedad como devastadora y mortal, por lo tanto, constantemente sienten temor a la muerte, al rechazo familiar y social, al dolor o temor a caer en una dependencia social. “constantemente se pueden revivir temores a situaciones de pérdida en relación con aspectos de la vida, pérdida de ambiciones y expectativas hacia el futuro, de la imagen corporal o de la confianza en sí mismos”²⁵.

3. **Sentimientos de culpa.** Es frecuente este tipo de sentimientos de culpa por los comportamientos que pudieron dar lugar a la infección o por la posibilidad de haber infectado a otras personas, a su vez, por el dolor que se causa a familiares o seres queridos. “Estos sentimientos están reforzados por el estigma y el manejo condenatorio de ciertos sectores de la sociedad e incluso la familia”²⁶.

4. **Depresión.** Reacción emocional frecuente que se desencadena por factores como la falta de tratamiento curativo o la inaccesibilidad a los paliativos existentes. En personas con VIH la depresión se alimenta continuamente de sentimientos de culpa acompañados de autoreproches y devaluación personal, en la cual el sujeto y enfermedad se superponen, se deja de ser persona con un rol determinado en la sociedad para pasar a ser «el paciente con infección por VIH». “Se caracteriza también, por un estado de ánimo bajo fluctuante, reacciones retardadas y a veces acompañados de síntomas físicos, así como conductas de aislamiento o de alto riesgo de suicidio en el momento en que conoce el diagnóstico”²⁷.

5. **Ansiedad.** Estas reacciones de ansiedad y los ataques de pánico son frecuentes y pueden llegar a convertirse en estado permanente por el conocimiento de la presencia de la enfermedad de VIH. “en las pérdidas asociadas y la sensación de falta de recursos o paliativos se presentan como una expresión tanto psicológica como fisiológica”²⁸.

4.1.4. EVOLUCIÓN DEL VIH.

²⁴ *Ibíd.* p 32.

²⁵ *Ibíd.*,

²⁶ *Ibíd.*,

²⁷ *Ibíd.*,

²⁸ *Ibíd.*, p 33.

En el momento que una persona se infecta del virus de VIH, sus niveles de virus en sangre llegan a ser muy altos, sin embargo el sistema inmunológico o de defensa logra destruir muchos de ellos, y la cantidad de virus en la sangre desciende, la batalla entre el virus y el sistema de defensa continúa durante muchos años hasta que el virus logra ganar la batalla y disminuir el número de defensas; es cuando se empiezan a presentar los primeros síntomas llegándose a la etapa sintomática, después llegan las enfermedades oportunistas que aprovechan que no hay defensas, conocida esta etapa como Sida.

Es en las primeras etapas del VIH tienen lugar e incidencia los tratamientos farmacológicos, terapéuticos y otros paliativos empleados con el objetivo de menguar la aparición de la sintomatología de SIDA. Pues, es esta la última etapa de la infección por el virus del VIH, la cual se relaciona con la presencia de enfermedades sistémicas como el Síndrome de desgaste y una serie de infecciones oportunistas producidas por agentes extraños al organismo, que pueden ser tan graves que ocasionen la muerte de las personas en esta etapa.

Por esta razón en la fase de VIH, la Principal tarea de los especialistas en atención al paciente con VIH es lograr disminuir la carga viral, y cuanto antes se consiga y se mantenga en una medida mínima, mejor será el pronóstico de la enfermedad. La psicología de la salud, establece según Simón²⁹ que existen tres formas de disminuir la carga viral:

- a. Administrando fármacos antiretrovirales que posean la propiedad de frenar o bloquear la replicación del VIH a través de la inhibición de la Transcriptasa inversa y/o de la Proteasa.
- b. Fortaleciendo el sistema inmunitario de forma que sea capaz de reducir al mínimo posible la carga viral en la que se establece el nivel del equilibrio entre las acciones destructoras respectivas del virus y del sistema inmunitario, nivel que, probablemente, se mantendrá con pocas variaciones durante bastantes años.
- c. Mediante una combinación de fármacos antiretrovirales e inmunoterapia.

Como se menciona a continuación, el tratamiento antiretroviral, parece ser la alternativa más eficaz en la consecución de estos objetivos, sin embargo, la falta de adherencia sumada a los altos costos del régimen farmacológico, hacen parecer inútil el sostenimiento de un tratamiento en estas condiciones.

²⁹ SIMON, Miguel Angel. Manual de Psicología de la Salud. Madrid, 1999. p 100-101.

4.2. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL.

Con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, la industria farmacéutica ha desarrollado tratamientos farmacológicos conocidos como Antiretrovirales, cuya meta es reducir la carga viral plasmática (o cantidad del virus) presente en el organismo a su mínima expresión posible, permitiendo que el conteo de CD4 o células de defensa aumenten.

4.2.1. Mecanismo de Acción de los Antiretrovirales.

El proceso natural de replicación del virus se puede impedir tomando los medicamentos antiretrovirales. Actualmente, el tratamiento antiretroviral está indicado cuando la carga viral es superior a 5.000-10.000 copias/ml y el recuento de Linfocitos CD4 sea inferior a 500/mm³. Sin embargo, existen distintos fármacos que actúan en fases diferentes del ciclo de replicación viral:³⁰

- a. Primer paso: **Fusión** momento en que el virus se une a la célula.
El virus VIH tiene predilección por las células de defensa que tienen receptores CD4 y otros, especialmente en las células de defensa llamadas macrófagos y las populares células CD4. Recientemente se han creado medicamentos llamados Inhibidores de la Fusión (aún están en investigación) que impiden que el virus se fusione con la célula, es decir actúan antes de que el virus haga daño a la célula.

- b. Segundo paso: **Transcripción**.
Una vez que el virus se fusiona, introduce a la célula su RNA que lleva toda su información y mediante una enzima que posee llamada transcriptasa inversa, ‘transcribe’ su RNA y lo convierte en DNA viral, de esta forma se podría decir que el virus se ‘disfraza’ de DNA similar al de la célula para pasar desapercibido.

Existen medicamentos Inhibidores de la Transcriptasa Inversa de dos tipos: Nucleósidos y No Nucleósidos que bloquean este paso en la replicación del virus.

- c. Tercer paso: **Integración**.
El DNA viral o ‘disfraz’ que ha creado el virus se introduce en el núcleo de la célula, se integra al DNA celular y allí puede permanecer por mucho tiempo de forma latente. Actualmente existen medicamentos en fase de experimentación que buscan impedir esta integración, son los llamados Inhibidores de la Integrasa.

³⁰ Revista INdetectable. Tomado de: Sitio web_indetectable\index.htm <http://www.indetectable.org>
indetectable@hotmail.com Bogotá-Colombia.

d. Cuarto paso: **Acción de la proteasa.**

Cuando la célula inicia por alguna razón su proceso de división, el virus aprovecha este proceso para beneficio propio y realiza un proceso de transcripción creando RNAm o mensajeros RNA virales que empiezan a desplazarse hasta la membrana de la célula (cada uno de ellos, y son muchos, serán nuevos virus) y utilizando una enzima que posee llamada proteasa como si fuese unas tijeras corta la larga cadena de proteínas creadas, las cuales harán parte junto con partes de la membrana celular de nuevos virus ya maduros capaces de infectar nuevas células. Existen medicamentos llamados Inhibidores de la Proteasa que impiden que la enzima proteasa realice su trabajo dando como resultado virus defectuosos incapaces de infectar.

En el proceso de infección, el virus se ha disfrazado utilizando la maquinaria celular y sus elementos y la ha obligado a hacer miles de copias de sí mismo; diariamente el virus es capaz de crear aproximadamente 10 mil millones de copias de sí mismo. Por tal razón, todas estas estrategias combinadas hacen que se "acorrale" al virus pues se le ataca en las diferentes etapas de su replicación, el virus tiene un ciclo de vida y si no se replica durante este periodo finalmente "muere".

Aún no se ha conseguido erradicar totalmente el virus del organismo pues puede permanecer en forma latente en el interior de muchas células y partes del organismo donde aún no llegan en forma efectiva algunas terapias, es por ello que es necesario tomar el tratamiento antiretroviral de forma continua aún cuando se hayan conseguido niveles de virus indetectables, pues el virus puede salir de sus santuarios (lugares donde se protege y donde no llegan las terapias) o salir de su estado latente y volver a invadir el organismo. Siempre que exista medicamento en la sangre estos virus serán destruidos por la terapia.

4.2.2. **Características del régimen farmacológico con antiretrovirales**

La terapia antiretroviral de gran actividad conocida como Targa, requiere combinar diversos medicamentos para "acorralar" al virus y no dejarle escapatoria en cualquiera de las fases de su replicación en la que se encuentre ya sea en la fusión, transcripción, integración o maduración, puesto que, uno o dos medicamentos no serán capaces de controlar la replicación del virus.

Las terapias más comúnmente utilizadas combinan Inhibidores de Transcriptasa Inversa nucleósidos (generalmente dos) con uno o dos Inhibidores de la Proteasa. Y/O dos Inhibidores de la Transcriptasa Inversa con un No Nucleósido.

El tipo de terapia tiene en cuenta factores como la Carga viral (cantidad de virus), conteo de CD4 (cantidad de defensas), si la persona inicia terapia o ya había tomado, qué posibilidades existen de resistencia (es cuando al virus los medicamentos ya no le hacen el efecto que se esperaría), para lo cual se recomienda realizar un examen específico denominado Genotipificación, para determinar qué resistencias pueden estar presentes; igualmente se tiene en cuenta los estilos de vida personales y cómo se podrán ver interferidos por estas terapias ya que todas producen efectos adversos secundarios indeseados que algunas personas no pueden soportar y deben cambiar de terapia.

Esta estrategia de combinación de medicamentos se conoció en sus inicios como “cóctel”, ahora se le conoce con el nombre de terapia altamente efectiva o TARGA, que busca reducir las complicaciones de tomar varios medicamentos al mismo tiempo, por lo cual en un mismo medicamento se presenta la combinación de la terapia completa como estrategia de tratamiento antiretroviral.

La cantidad de medicamento que es formulado, así como el horario y condiciones particulares para tomar el medicamento tienen su razón de ser en la estrategia de combatir el virus:

- a. **Cantidad de dosis.** La cantidad es importante porque es la que se ha visto en los estudios que es necesaria para controlar el virus.
- b. **Horario de dosis.** El horario tiene que ver con la cantidad de tiempo que puede permanecer el medicamento en la sangre realizando su trabajo antes de perder su eficacia o ser eliminado, si se dice que un medicamento debe ser tomado cada ocho horas, significa que pasadas las ocho horas ya no hay medicamento en la sangre o no tiene la misma eficacia, por lo que es necesario que el paciente vuelva a tomarlo para no darle tiempo al virus de que reaccione y cree resistencia.
- c. **Recomendaciones.** En lo referente a que se deben tomar con el estómago vacío, con una comida liviana o una comida completa, se debe a que algunos medicamentos requieren que el estómago esté vacío para ser absorbidos adecuadamente mientras otros requieren que haya comida.
- d. **Contraindicaciones.** Algunas terapias requieren tener en cuenta la no interacción con otros medicamentos antiretrovirales que pueden disminuir la acción de los mismos o potencializar los efectos adversos; e incluso, se recomienda no interactuar los

medicamentos con otros tratamientos no convencionales como los naturistas por las mismas razones.

Los resultados de la terapia han sido muy buenos, pues logran reducir la cantidad de virus en sangre a niveles casi indetectables, lo cual da a las defensas del organismo tiempo de recuperación y en forma muy lenta empiezan a subir en número, estabilizando las funciones del sistema de defensa permitiendo a las personas con VIH llevar una vida normal.

Es posible que al inicio del tratamiento, los efectos secundarios sean muy fuertes y se deteriore la calidad de vida del paciente, pero al cabo del tiempo, en algunos casos hasta un año, el organismo se acostumbra a estos medicamentos, lo que permitirá que no se presenten más estos efectos y se vuelva a restablecer la calidad de vida. Pero, “se considera que son estos efectos adversos los mayores responsables de la falta de adherencia al tratamiento antiretroviral”³¹.

4.2.3. Presentación y Efectos Adversos de los Antiretrovirales

TABLA 1. Presentación y efectos adversos de los antiretrovirales.

Medicamento	Dosis	Efectos Adversos	Precauciones
<i>Inhibidores de la Transcriptasa Inversa.</i>			
Zidovudina (AZT) Retrovir* Cápsulas de 100 mg. Tabletas de 300 mg.	300 mg. 3 veces al día.	Náusea, vómito, pérdida del apetito, disminución de la musculatura, malestar, cefalea, confusión mental, hinchazón de labios y lengua, heridas en la boca. Insomnio, astenia, hipertensión y acidosis láctica.	Ingerir con refrigerios o alimentos no grasosos, preferible sin comidas.
Estavudina (d4T) Zerit* Cápsulas de 40 mg.	40 mg. 2 veces al día.	Neuropatía periférica. Náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea. Insomnio, ansiedad y manía. Pancreatitis con muertes atribuidas.	Ingerir antes o después de las comidas, no grasosas.
Didanosina (ddI) Videx* Comprimidos de 50 y 100 mg.	200 mg. 2 veces al día.	Pancreatitis, aumento del ácido úrico, neuropatía periférica, diarrea, dolor abdominal, náusea, cefalea, anemia, fiebre. Neuropenia y trombocitopenia de variable intensidad.	Las tabletas se deben masticar o disolver en agua totalmente. Ingerir con el estómago vacío, una o dos horas después de las comidas.
Zalcitabina (ddC) Hivid* 0.75 mg.	0.75 mg. 3 veces	Neuropatía periférica, pancreatitis. Heridas en la boca, pérdida del apetito, diarrea, dolor abdominal, náuseas, vómito, pérdida de peso,	Evitar ingerir con alimentos y No junto con ddI, pues aumenta el

³¹ SANCHEZ TARRAGO, Nancy. Régimen antiretroviral con Inhibidores de Proteasa para infecciones por VIH. La Habana Cuba. Octubre 28 de 1999. p. 31.

	al día.	fiebre, inflamación de la garganta, anemia, inflamación de la garganta.	riesgo de neuropatía.
Lamivudina/Zidovudina Combivir* Tabletas de: 150 mg Lamiduvina + 300 mg de Zidovudina.	1 tableta 3 veces al día.	Dolor de cabeza, fiebre, escalofríos, dolor muscular, depresión, pérdida del apetito, insomnio, diarrea, náuseas, vómito, dolor abdominal.	Sin restricciones.
Lamivudina (3TC) Lutic* Tabletas de 150 mg.	150 mg. 2 V/día.	Bien tolerado. Fatiga, cefalea, náusea, vómito, fiebre, diarrea, pérdida de apetito, dolor abdominal, mala digestión.	Ingerir sin comidas.
<i>Inhibidores No nucleósidos de Transcriptasa Inversa.</i>			
Neviparina (NVP) Viramune* Comprimidos de 200 mg.	200 mg.	Fiebre, náuseas, vómito, dolor de cabeza, dolor de músculos, dolor abdominal, pérdida de apetito, diarrea, somnolencia.	Sin restricciones.
Delavirdina (DLV) Rescriptor* Comprimidos de 100 mg.	400 mg.	Dolor de cabeza, náuseas, vómito, diarrea.	Ingerir con alimentos no grasosos.
Efavirenz (EFZ) Stocrin* Cápsulas de 50 mg, 100 mg y 200 mg.	600 mg.	Náuseas, diarrea, dolor de cabeza, insomnio, cansancio, dificultad de concentración.	Sin restricciones.
<i>Inhibidores de Proteasa</i>			
Indinavir (IDV) Crixivan* Cápsulas de 200 mg Y 400 mg.	800 mg. 3 veces al día.	Dolor de cabeza, náuseas, vómito, insomnio, diarrea, somnolencia, pérdida del apetito, mayor riesgo de hemorragia, nefrolitiasis. Cálculos renales, el 9% de los pacientes discontinúan su uso.	Ingerir sin comidas y por lo menos 1.5 litros (9 vasos) de líquidos al día para evitar los cálculos renales. Si se combina con ddi deben tomarse con una hora de separación.
Ritonavir (RTV) Norvir* Cápsulas de 100 mg.	600 mg. 2 veces al día.	Vómito, náuseas, diarrea, dolor abdominal, aumento del colesterol y pérdida del apetito. Alteraciones en el gusto, por su sabor amargo. Se estima que un 50% de los pacientes no lo toleran.	Ingerir con una comida completa, no grasosa. Al iniciar terapia aumentar gradualmente la dosis para evitar efectos secundarios.
Nelfinavir (NFV) Viracept* Comprimidos de 250 mg.	750 mg. 3 veces al día.	Generalmente es bien tolerado. Diarrea leve a moderada, náuseas y presión en el vientre.	Ingerir con comidas no grasosas.
Saquinavir (SQV) Invirase*	600 mg. 3 veces	Náuseas, diarreas y dolor abdominal, heridas en la boca, cefalea, rara	Importante ingerir con comidas o bebidas ácidas

Cápsulas de 200 mg.	al día.	erupción cutánea aumentada por exposición a la luz solar.	o grasas para aumentar absorción.
Amprenavir (AMV) Agenerase*	1200 mg.	Molestias gastrointestinales, incluyendo náuseas, vómitos y diarrea, dolor abdominal, cefalea.	Precaución con pacientes alérgicos debido a la potencial sensibilidad cruzada entre drogas.
Cápsuls de 150 mg.			

Fuente: Revista INdetectable. Tomado de: Sitio web_indetectable\index.htm <http://www.indetectable.org>
indetectable@hotmail.com Bogotá-Colombia.

Como se puede observar en la tabla anterior, los efectos adversos del tratamiento antiretroviral no difieren de un medicamento a otro, la gran mayoría causan problemas y molestias a nivel gastrointestinal y a nivel renal, por lo tanto demanda alto consumo de líquidos. Por otro lado, las restricciones tienen que ver con la interacción de los medicamentos y las comidas, lo cual tiende a modificar el estilo de vida del paciente, los gustos y preferencias personales por determinados alimentos.

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico, el paciente es informado de estos y otros aspectos que involucran su participación en el tratamiento antiretroviral, por ejemplo que, para el control de la carga viral y evitar que el virus siga infectando más células en el organismo, se necesita de un riguroso seguimiento al tratamiento prescrito, sin períodos en los cuales abandone el tratamiento, pues esto crea tolerancia en el virus al medicamento.

La gran mayoría de las personas con VIH que alguna vez han iniciado tratamiento saben que de su actitud depende en gran parte la consecución de los objetivos del tratamiento, pues es simple, si el paciente no participa activamente con los requerimientos, la terapia fracasa; sin embargo, la constante en atención a personas con VIH se encuentra en la falta de adherencia a los tratamientos, donde la misma parece determinante para el control de la enfermedad.

4.3. “LA CIENCIA DE LA ADHERENCIA”

La literatura médica demuestra claramente la dificultad que tienen los pacientes en seguir hasta los planes de tratamiento más simples. Por ejemplo, en la literatura referente a la hipertensión,³² un tercio de los pacientes toman los medicamentos como se les prescribió, un tercio toma parte de los medicamentos o no los toma, y un tercio toma los medicamentos de forma intermitente. Lo que puede indicar, que el problema de la adherencia a los medicamentos incluye algo más que la ingesta de estos, pues en sí misma encierra una actitud.

³² FERNANDEZ RODRÍGUEZ, Concepción. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. Universidad de Oviedo. Marzo de 1993. p, 26.

4.3.1. **Definición.** En primera medida es necesario definir **Adherencia**, para así evitar ambigüedades: La psicología de la salud y en su voz Simón³³ refiere que los términos Adherencia y Cumplimiento en un principio se emplearon con frecuencia de forma indistinta para definir la correcta toma de los medicamentos, así «el Cumplimiento se establece como la incidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido, lo que según este autor, connotaría un papel pasivo en el que el paciente sigue fielmente las directrices recibidas».

Camacho y Triana³⁴, señalan que la adherencia hace referencia al seguimiento de instrucciones para el consumo de la medicación según la prescripción médica; lo que connotaría a la adherencia como un comportamiento que incluye: asistencia a controles médicos, a orientación psicológica, actividad física, ejecución del plan fisioterapéutico, así como la modificación del estilo de vida (patrón de actividad alimentaria, recreación, trabajo, interacción social y sexual) para el mantenimiento del autocuidado. Y por otro lado, la adherencia incorrecta incluye aspectos como la omisión de tomas, reducción de la dosis prescrita, no respetar los intervalos o frecuencias de administración correctas, no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias, entre otros.

Sin embargo, para efectos de esta investigación Simón señala que, otros autores como Meichembaum y Turk, prefieren diferenciar el término Adherencia, considerando que “define una actitud del paciente”³⁵, donde ésta refleja un compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico con una participación activa en la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico, es decir, una implicación y colaboración voluntaria ejercida por el sujeto, lo cual involucra los componentes cognitivos, afectivos y conductuales del paciente con respecto a la medicación.

4.3.2. **Sistemas para la evaluación de la adherencia.** Actualmente, existen diversos sistemas para valorar la adherencia de los pacientes al tratamiento antiretroviral, sin embargo, ninguno de estos métodos presenta una fiabilidad del 100% por lo que se hace necesario combinar varios de ellos para obtener datos de la situación real con la mayor exactitud posible.

“La medida de la adherencia debe reflejar la toma de medicación, tanto en unidades galénicas como en tiempo, además de medir la consecución de los objetivos

³³ SIMON, M. Op cit., p 229.

³⁴ CAMACHO, M y TRIANA, M., 1993, citados por GONZALEZ, Enrique. Adherencia al tratamiento. Hospital Militar Central. Santa Fe de Bogotá. 1998. p, 14.

³⁵ MEICHEMBAUM y TURK (1987), citado por SIMON, M. Op cit., p 229.

planteados, por ejemplo, viremia no detectable y expresarse como tasa de adherencia global de alguna de las tres formas siguientes: como porcentaje de dosis tomadas, de días con el número correcto de dosis o de dosis tomadas a tiempo”.³⁶

Si bien la validez, sensibilidad, especificidad o representatividad de estos métodos de medición no es ideal, parecer probado que el punto de corte «90%» se correlaciona de forma significativa con la respuesta virológica, puesto que, parece lógico establecer este límite como valor que permita clasificar a un paciente como cumplidor (<90%) o cumplidor parcial (>90%).

Los métodos directos,³⁷ consisten en la determinación de las concentraciones de fármaco en líquidos orgánicos como plasma, saliva u orina. Aunque es uno de los métodos más fiables, tiene el inconveniente de la variabilidad interindividual en el comportamiento de la farmacocinética de algunos fármacos, así como la imposibilidad de concentraciones plasmáticas alteradas por la aparición de interacciones medicamentosas. Por otra parte, el hecho de encontrar valores correctos de fármaco en plasma el día de la extracción de la muestra no garantiza que la adherencia sea continua. El método resulta caro y no es fácil aplicarlo rutinariamente.

Los métodos indirectos,³⁸ son menos fiables, pero tienen la ventaja de su sencilla aplicación en la práctica diaria. Entre ellos se encuentran: La entrevista con el paciente, cuestionario estructurado, control de asistencia a las citas programadas de dispensación y el recuento del medicamento de manera esporádica.

Sin embargo, al definir la adherencia como una actitud frente al medicamento, queda claro que el interés de los autores no es medir ni evaluar el nivel de adherencia de las personas que viven con VIH, sino de describir la actitud de las personas que viven con VIH frente al tratamiento antiretroviral, por lo tanto se hace necesario ampliar y fundamentar de manera teórica sobre la actitud y sus componentes.

4.4. ACTITUD

Las actitudes son tendencias o disposiciones adquiridas y relativamente duraderas a evaluar de un modo determinado un objeto, una persona, suceso, o situación y a actuar en

³⁶ SANCHEZ TARRAGO, Nancy. Régimen antiretroviral con Inhibidores de Proteasa para infecciones por VIH. La Habana Cuba. Octubre 28 de 1999. p, 22.

³⁷ *Ibíd.*,

³⁸ *Ibíd.*,

consonancia con dicha evaluación. Según Myers³⁹ es una “Reacción evaluadora, favorable o desfavorable, hacia alguien o hacia algo, que se expresa mediante creencias, sentimientos o una conducta que se estima adecuada”.

Se considera en Psicología como una forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas, es decir, según Fazio⁴⁰, la actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado y una evaluación dada. Entonces, dichas disposiciones internas del ser humano hacen parte o son los componentes de la actitud que coinciden en que son evaluaciones del objeto de la actitud desde lo Cognitivo, afectivo y conductual.

4.2.1. **Componente Cognitivo**

Es un proceso cognitivo en el que el individuo asocia el objeto con la evaluación por medio de un conocimiento amplio y detallado de las propiedades y características del objeto. Este componente consta de las percepciones del sujeto sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él, es decir las creencias sobre el objeto.

Kant, en su obra ‘Crítica de la razón pura’ se refiere a la creencia como un “impulso subjetivo que ejerce una idea sobre los actos de razón y que mantiene su firmeza”; puede conceptualizarse entonces que las creencias son «la aceptación o asentamiento libre de una idea, hecho o información sobre los atributos de un objeto» la cual ejerce un impulso subjetivo sobre las tendencias de comportamiento. Pero, para que esta creencia se fundamente son necesarias unas fuentes de conocimiento que permitan establecer gran parte de las conexiones objeto/atributo. Según Fishbein y Azjen⁴¹, son tres los principales tipos de información y creencias:

- a. **Creencias Descriptivas:** Esta clase especial de información suelen tener un peso privilegiado en las actitudes de los individuos, como la experiencia resultante de mantener un contacto personal con los objetos, lo cual lleva a la adquisición de un número considerable de creencias que se conservan con certeza máxima. Siendo la adherencia una actitud del paciente hacia el medicamento, las creencias descriptivas pueden darse como primer resultado de la interacción con el tratamiento antiretroviral y su posterior evaluación positiva o negativa en cuanto a los beneficios que éste puede recibir del mismo. Es por lo tanto una certeza subjetiva, que puede o no coincidir con la realidad objetiva.

³⁹ MYERS, David G. Psicología Social. Editorial Panamericana. Madrid, 1991. Pág. 45.

⁴⁰ FAZIO, 1989, citado por MORALES J, Francisco. Psicología Social. Mc Graw-Hill. España, 1994. P 497.

⁴¹ FISHBEIN y AZJEN, citados por MORALES J, Francisco. Psicología Social. Mc Graw-Hill. España, 1994. P 497.

- b. **Creencias Inferenciales:** Este tipo de información se encuentra más allá de la realidad observada; éstas pueden haberse logrado por medio de relaciones previamente aprendidas o mediante el uso de sistemas formales de codificación, teniendo como base alguna creencia descriptiva. Por ejemplo, algunas personas pueden evaluar a los medicamentos como sustancias no naturales y por ende perjudicial para el organismo, lo cual conlleva a la no aceptación de medicamentos.

- c. **Creencias Informativas:** Estas proceden durante los primeros años de la vida, básicamente de la familia, y durante las etapas sucesivas de otras instituciones y grupos sociales (la escuela, el grupo de iguales y los diversos medios de comunicación). Continuando con el ejemplo anterior, puede ser que esta creencia sea reforzada por el contexto social al que pertenecen estos sujetos.

Relacionando estos aspectos con las personas que tienen VIH, se puede decir que la información que algunos portadores de VIH comunican, sea esta positiva o negativa con respecto al medicamento de acuerdo a sus experiencias, influyen en la manera como las otras personas evalúan el tratamiento farmacológico.

Por lo tanto, si un paciente está rodeado o conoce de cerca personas portadoras de VIH a las cuales el tratamiento antiretroviral ha causado mayores complicaciones en la asimilación metabólica, efectos adversos continuos y molestos, así como resistencia al medicamento, existen mayores posibilidades de darse una evaluación negativa del tratamiento, por ende una actitud de no adherencia al tratamiento. Si por el contrario, otras personas tienen en buen concepto el tratamiento y dan referencias aceptables del mismo, muy seguramente, las posibilidades de inicio y adherencia al tratamiento se mantengan preservadas.

4.2.2. **Componente Afectivo**

Para conocer la actitud de un individuo, es necesario recurrir no sólo a las palabras y el pensamiento, pues estos racionalizan la experiencia en sí; de igual manera se tiene en cuenta el componente afectivo, pues como lo señala Orozco⁴² “los sentimientos revelan cuando algo resulta doloroso o placentero, en cambio el pensamiento se limita a explicar y justificar la herida o el placer”. Por tal razón, *el componente afectivo* es para algunos el más importante o característico dentro de las actitudes por su movilización emocional, puesto que informa sobre lo que sienten las personas referente al objeto, los afectos y

⁴² OROZCO MONTOYA, Guillermo. Tu familia, la mejor inversión. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana. Bogotá, 1995. p 125.

emociones que moviliza dicho objeto de actitud en el individuo; y es así como estos pueden ser evaluados como sentimientos positivos o negativos, puesto que, el componente afectivo “es el que dota a las actitudes de su carácter motivacional”⁴³.

En este sentido, es importante señalar que las situaciones sociales, las personas y los problemas sociales constituyen objetos actitudinales, donde la evaluación significa el afecto que despierta, las emociones que moviliza y el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, las cuales se entrelazan a las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas. Por ende, si el paciente con VIH cree que hay mejoramiento en la calidad de vida mediante el consumo del medicamento antiretroviral, el sentimiento que genera es un afecto positivo que impulsaría hacia una disposición más clara para actuar hacia dicho objeto actitudinal. Dicho en palabras de Morales⁴⁴, “es un proceso afectivo, si la evaluación surge de experiencias intensas, de carácter positivo o negativo, con el objeto de la actitud”, es decir que, esta parte de la actitud está compuesta por los sentimientos y emociones que dicho objeto despierta en el sujeto.

Según Orozco⁴⁵, “los sentimientos son estados afectivos permanentes y moderados de agrado o desagrado, los cuales la persona puede controlar voluntariamente en su expresión, y que a la vez revelan si lo que experimenta una persona le resulta amenazador o no, si es doloroso o alegre, si es regocijante o triste”. Sin embargo, las emociones aunque “son también estados afectivos, son más intensas y complejas, en las que se manifiestan sentimientos, tendencias, sensaciones, percepciones, etc. pero que, aparte de conducir a diversidad de acciones y/o conductas, producen reacciones fisiológicas (positivas unas veces, negativas otras) en el individuo que las experimenta”.

Teniendo en cuenta lo anterior, en el desarrollo de esta investigación los autores han optado por **la emoción** como elemento determinante a investigar dentro del componente afectivo de la actitud, puesto que, el tratamiento farmacológico antiretroviral es un régimen que tiene una serie de efectos psicológicos y fisiológicos directamente relacionados con las emociones que puede movilizar en los pacientes con VIH, proporcionando elementos más claros frente a la actitud.

Por tal razón, se han tomado las apreciaciones de Ricci Bitti y Zani Bruna⁴⁶, quienes señalan que “la emoción constituye una de las experiencias más significativas del hombre, puesto que le acompaña a lo largo de toda su vida proporcionándole un modelo de adaptación en las interacciones entre organismo y el ambiente”. Es entonces, la emoción

⁴³ OVEJEROS BERNAL, Anastasio. Las Relaciones Humanas. citado por: SIERRA, Carolina. Actitud frente a su sexualidad en jóvenes estudiantes de la Universidad surcolombiana de Neiva. Neiva, 2002. p. 37.

⁴⁴ MORALES J, Francisco. Psicología Social. Mc Graw-Hill. España, 1994. P 497.

⁴⁵ Op cit., Orozco. P, 42.

⁴⁶ RICCI BITTI, Pio E, y ZANI, Bruna. La comunicación de las emociones. En: La comunicación como proceso social. México, Editorial grijalbo, 1990. p 165-167.

una construcción psicológica de mediación entre las circunstancias y los acontecimientos ambientales (en continuo cambio) y las respuestas conductuales del sujeto.

Scherer⁴⁷ señala, que existen tres aspectos fundamentales en este proceso de mediación:

- a. La **evaluación cognoscitiva** de la importancia del estímulo o del suceso ambiental respecto de las necesidades, planes y preferencias del organismo. Es decir, este aspecto señala directamente la valoración que da el sujeto al objeto de la actitud y evalúa la situación-estímulo que provoca la emoción, aquellas circunstancias socio-ambientales que rodean al objeto de la actitud. Sin embargo, por sí mismo este aspecto no da cuenta de la emoción sin la presencia de los siguientes.
- b. **Preparación psicológica y fisiológica** de la acción necesaria para afrontar adecuadamente el estímulo. El componente de la activación fisiológica se encuentra presente debido a la intervención del sistema neurovegetativo. Significa que la valoración cognitiva del objeto de la actitud ha movilizado determinadas reacciones a nivel fisiológico, que bien pueden ser ansiedad, temblor, sudoración, taquicardia, entre otros, como preparación de una posible respuesta emocional y/o conductual frente al objeto, para lo cual interviene el componente expresivo-motor conductor de dicha respuesta. A nivel psicológico la preparación del componente motivacional hace referencia a las intenciones y a la tendencia a actuar/reaccionar, además del componente subjetivo que consiste en el sentimiento que experimenta el individuo frente al objeto de la actitud.
- c. La **comunicación-señalamiento** por parte del organismo frente al ambiente, al propio estado y a las propias intenciones y reacciones, indican la exteriorización de la valoración de la experiencia emocional despertada por el objeto de la actitud a través de una posible respuesta conductual (expresión verbal o gestual de dichas emociones). De tal manera, que este sistema de las emociones permita así una particular flexibilidad de adaptación del organismo al ambiente.

Clasificación de las emociones

A finales de la década de los treinta del siglo anterior, Woodsworth⁴⁸ llegó a la conclusión de la existencia de ocho emociones fundamentales: felicidad, sorpresa, miedo, cólera,

⁴⁷ Scherer, Citado por Ricci, *Ibíd.*, p 166.

⁴⁸ Woodsworth, Citado por Ricci, *Ibíd.*, p 168.

determinación, disgusto, desprecio, dolor. Más tarde, Schlosberg⁴⁹ construyó un diagrama de las emociones a principios de los cincuenta, en el cual aparecen los dos ejes principales (expresados por las dimensiones agrado-desagrado y aceptación-rechazo perpendiculares entre sí) y respecto de los cuales se ubican las emociones fundamentales en forma circular. Más hacia la década de los ochentas, Plutchik⁵⁰ presentó un elemento fundamental en el estudio de las actitudes y específicamente de las emociones, según el cual éstas varían en intensidad y grado de semejanza recíproca, representando gráficamente esas características en la “rueda” de las emociones, en la que aparece la correlativa afinidad de las mismas emociones:



Como se aprecia en la gráfica “toda emoción se ubica en torno al círculo, de manera que los términos lingüísticamente contrarios ocupan posiciones diametralmente opuestas, mientras que los términos afines se colocan uno junto al otro, es decir, alegre, feliz entusiasta, son consecutivos, pero opuestos a triste, infeliz, adolorido”.

En conclusión, hoy existe un acuerdo sobre la existencia de seis emociones fundamentales, estas son: miedo, cólera, sorpresa, tristeza, felicidad, disgusto. Las cuales se tendrán en cuenta en esta investigación, ya que como se señaló en párrafos anteriores, la indagación por la valoración de las emociones movilizadas por el tratamiento antiretroviral en personas que viven con VIH puede dar mayor cuenta de la valoración actitudinal general del medicamento antiretroviral.

4.2.3. Componente Conductual

⁴⁹ Schlosberg, Citado por Ricci, Ibíd.,

⁵⁰ Plutchik, Citado por Ricci, Ibíd.,

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que las personas mantienen en torno a los objetos a que hacen referencia, sin embargo, la actitud es sólo un indicador de la conducta, más no la conducta en sí., por ello las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” o tendencias y no como hechos. Dicho en palabras de Morales⁵¹, la conducta es una acción manifiesta del individuo, cuya base es la actitud; que tiene en cuenta “el objeto hacia el cual se dirige la acción, el contexto en el que tiene lugar y en el momento en el que ocurre”, y se diferencia un poco del componente conductual en que este es una intención a realizar una acción, que puede o no ser llevada a cabo.

Por lo tanto, el componente conductual incluye “las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él”⁵² en otras palabras, es la predisposición conductual que tiene un individuo hacia un objeto de actitud categorizado y evaluado positiva o negativamente, cuya disposición que es previa a algo, se ha formado a lo largo de la vida como consecuencia de las instrucciones dadas por las experiencias personales y los modelos observados. Puede decirse entonces, que la información dada por las personas que viven con VIH acerca del tratamiento, refleja la forma como interactúan, han interactuado o actuarán frente a este objeto de actitud.

Finalmente, conocer una actitud implica conocer con detalle cada uno de sus tres componentes, es decir que, al unir estos componentes y formar una actitud frente a algo se está haciendo una “...evaluación global de ese objeto”. Por otro lado, las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que se destacan: que tiene una dirección, que puede ser positiva (si el objeto de actitud es favorable), negativa (cuando el objeto es desfavorable), o neutra (si no moviliza ninguna reacción sobre el objeto de actitud)⁵³ y que posee una intensidad (alta o baja); dichas propiedades deben formar parte de la medición.

En otras palabras, la evaluación global del tratamiento antiretroviral de las personas que viven con VIH, puede ser positiva, si el medicamento resulta favorable o propicio en la consecución de las metas en el tratamiento de la enfermedad; puede ser negativa, si el medicamento resulta poco favorable, perjudicial, o adverso en sus objetivos, o simplemente puede ser una evaluación indiferente del tratamiento. En cuanto a la intensidad de la actitud se explicará más adelante en el marco metodológico cuando se habla de escalas de actitud tipo Likert.

⁵¹MORALES J, Francisco. Psicología Social. Mc Graw-Hill. España, 1994. P 497.

⁵² Ibíd., p. 497.

⁵³ SMITH, Eliot y MACKIE, Diane; Psicología social. Citado por: SIERRA, Carolina. Actitud frente a su sexualidad en jóvenes estudiantes de la Universidad surcolombiana de Neiva. Neiva, 2002. p, 40.

(Ver archivo anexo de Operacionalización de variables).

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

Campos⁵⁴ define el tipo de estudio como “*el esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden para buscar respuesta al problema y objetivos planteados*” en determinada investigación.

En primer lugar, se debe aclarar que la presente investigación está orientada bajo el enfoque cuantitativo, el cual se fundamenta en el método científico como paradigma de investigación definido como “...procedimiento para tratar un problema o un conjunto de problemas... mediante una serie de operaciones y reglas prefijadas aptas para alcanzar el resultado propuesto... cuyos elementos son...los conceptos, las definiciones, las hipótesis, las variables y los indicadores”⁵⁵. En este sentido, la investigación cuantitativa es la “aplicación de los procedimientos del método científico en busca de respuestas y solución a problemas y cuestiones esenciales acerca de hechos significativos”⁵⁶.

En segundo lugar, esta investigación posee un diseño metodológico del tipo Exploratorio, puesto que, según Delgado⁵⁷, “se efectúa cuando la revisión de la literatura revela que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio”. Por lo tanto, esta investigación consiste en familiarizar a la comunidad investigativa y de atención a personas con VIH sobre la actitud de esta población frente al tratamiento antiretroviral.

6.2. TIPO DE DISEÑO

Haciendo referencia al plan o estrategia a seguir para dar respuesta al cuestionamiento investigativo, se utilizará un diseño Exploratorio, cuyo propósito es determinar las

⁵⁴ CAMPOS, A. Método, plan y proyecto en la investigación social, Colección Salud y Sociedad. Citado por DE CANALES, Francisca H. y Otros, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Noriega Editores. México 1997. P 134.

⁵⁵ ANDER EGG. Citado por DE CANALES. *Ibíd.*, P, 49.

⁵⁶ DE CANALES, Francisca H. y Otros, *Ibíd.*, P.53.

⁵⁷ DELGADO, María Consuelo. CABRERA, Esperanza, y Otros. *Investiguemos*. USCO. Neiva, 1998, p251.

tendencias características de la población de estudio, personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva, en los cuales se identifica y determina los elementos cognitivos, afectivos y comportamentales de la actitud frente al tratamiento antiretroviral.

Según Canales⁵⁸ en su revisión señala que “...el propósito de estos estudios es familiarizar al investigador sobre cómo está determinada la situación del área problema a investigar...”, como en este caso donde no existe suficiente conocimiento sobre la actitud frente al tratamiento en personas que viven con VIH más allá de los supuestos de baja adherencia. Resulta entonces, esta investigación como la base descriptiva de posibles proyectos de investigación con otras características más complejas y de programas de intervención interdisciplinaria y multifactorial en la atención al paciente con VIH/SIDA con elementos y estrategias más concretas e integrales.

6.3. UNIVERSO

Según Fayad Camel,⁵⁹ universo o población es “La totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible de ser estudiada”. En el departamento del Huila sin tener en cuenta el subregistro existente, la población que vive con VIH según la Secretaría de Salud es de 840 casos registrados hasta el año 2003, de ellos a la ciudad de Neiva pertenecen 577 casos registrados por la Secretaría de Salud Departamental, vinculados al programa VIH/SIDA que funciona en las instalaciones del Hospital Universitario de Neiva “Hernando Moncaleano Perdomo”.

Como se observa en la siguiente tabla la población que vive con VIH de la ciudad de Neiva, que se encuentra bajo tratamiento con antiretrovirales y que pertenece al Régimen Subsidiado de Salud es un total de 294 personas, las cuales son la población de este estudio, de la que se extrajo la muestra.

TABLA 3. Pacientes con VIH que pertenecen al régimen subsidiado de salud.

Pacientes con VIH que pertenecen al régimen subsidiado de salud			
I.P.S	Nº total de pacientes	Pacientes en tratamiento	No tienen tratamiento
Suramericana	1	1	
Hospital	51	36	15
Colsanitas	2	2	
Saludcoop	73	69	4
Humana vivir	58	56	2
Emcosalud	10	9	1
Comcaja (comfamiliar)	18	17	1
I.S.S.	7	7	
Caprecom	79	70	9

⁵⁸ Op, cit., P.139.

⁵⁹FAYAD CAMEL, citado por Canales, Ibid.,

Asmedsalud	27	24	3
Comeva	4	4	
Totales	329	294	35

Fuente: Programa departamental de VIH/SIDA. Secretaría de salud departamental del Huila.

Para claridad del lector, se especifica entonces, que la población total de este estudio es aquella que se encuentra afiliada al régimen subsidiado de salud y que tienen acceso a los servicios de salud por medio de Sisben, es decir, aquellas personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva que no pertenecen al régimen contributivo y que son atendidos en el Hospital Universitario de Neiva.

6.4. MUESTRA

“Es un subconjunto de observaciones, referidas a una investigación, que se toman como representativas del total de observaciones”⁶⁰ entendiéndose el total de observaciones como la población o universo de la investigación, es decir, la muestra es una parte o subconjunto de personas que han sido seleccionados del total de personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva, -sin tener en cuenta el subregistro- que se encuentran en tratamiento y pertenecientes al Régimen Subsidiado de Salud.

Según Pardinás⁶¹, el muestreo consiste en “seguir un método, un procedimiento tal que al escoger un grupo pequeño de una población se pueda tener un grado de probabilidad de que ese grupo efectivamente posee las características del universo y de la población que se está estudiando”.

En esta investigación se utilizó un tipo de muestreo no probabilística por conveniencia, el cual no sigue el proceso aleatorio. Sin embargo, se caracteriza porque el investigador selecciona su muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines del estudio que le interesa realizar hasta completar el tamaño de la muestra deseado.

En este sentido, se debe aclarar, que las condiciones socioculturales del VIH impiden seleccionar la población y la muestra de manera aleatoria en cualquiera de sus tipos, puesto que no hay certeza que determinada persona seleccionada de manera aleatoria desee y realmente participe en la investigación, por lo tanto, la muestra que participó en esta investigación se escogió por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir, de manera intencional solicitando previamente la autorización de las personas con VIH para diligenciar la obtención de los datos, cuya decisión de participar o no en la muestra será totalmente respetada.

⁶⁰ JIMENEZ D, German E. Bioestadística. Usta. Bogotá, 1988. p 29.

⁶¹ Citado por: DE CANALES. P. 148.

Por lo tanto, se determinó que la muestra de la población que participaría en esta investigación sería la totalidad de personas con VIH a las cuales se les aplicaría el cuestionario dentro del período comprendido entre diciembre de 2003 hasta febrero de 2004 durante la consulta médica en la unidad de neumología del Hospital Universitario de Neiva, con lo cual se esperaría recolectar la mayor cantidad posible de información, teniendo en cuenta que los pacientes cumplirían con las siguientes características:

- a. Personas con diagnóstico seropositivo de VIH que estén bajo tratamiento farmacológico con antiretrovirales.
- b. Que voluntariamente acepten participar en la investigación y que igualmente se encuentre en condiciones de salud apropiadas para diligenciar un cuestionario.
- c. Residentes en la ciudad de Neiva.
- d. Pertenecientes al Régimen subsidiado de salud atendidos en el Hospital Universitario de Neiva.
- e. Edades entre los 15 y 60 años.
- f. Pertenecientes a ambos sexos.
- g. Nivel educativo mínimo que sepan leer y escribir.

6.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Teniendo en cuenta la pregunta que orienta esta investigación y la dificultad latente de aproximación a la población, puesto que muchas de las personas que viven con VIH prefieren permanecer sin ser reconocidas como seropositivas o medianamente vinculados a una institución de apoyo, los autores han optado por desarrollar el método de autoinforme, pues “una de sus mayores ventajas es que son directos y versátiles. En efecto, la vía más directa para saber lo que piensan, sienten o creen las personas radica en preguntárselo”⁶², además, “...se puede recolectar la información sobre los conocimientos, opiniones, actitudes e intereses de los encuestados... mediante técnicas de autoinforme”⁶³, lo cual hace que pueda ser aplicado en corto tiempo, en la misma consulta médica o el propio domicilio de la persona con VIH y con la posibilidad de anonimato total, lo cual se verá reflejado en la sinceridad de los resultados y por ende, en la confiabilidad de esta investigación.

INSTRUMENTO

⁶² POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill, 1997. p. 261.

⁶³ *Ibíd.*, p. 261 – 262.

Dentro de la técnica de autoinforme se emplea un método estructurado, como instrumento formal escrito que recibe el nombre de cuestionario autoaplicado, por lo tanto, los autores lo han seleccionado teniendo en cuenta, que éste utiliza "...un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas que el investigado o consultado llena por sí mismo",⁶⁴ puesto que, este tipo de instrumento tiene entre sus ventajas la utilización de escalas estandarizadas para medir actitudes, objeto de esta investigación.

Escala tipo Likert. Rensis Likert a principios de los treinta desarrolló este tipo de escala, la cual "Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se le administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. Así el sujeto obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones".⁶⁵

Para medir las actitudes este tipo de escala puede ser usada dependiendo de la pregunta de investigación y los objetivos planteados en la misma. Para esta investigación se utilizó como instrumento para la obtención de información una escala de medición de actitudes tipo Likert, con cinco posibilidades como son: Muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo y, muy en desacuerdo.

Se debe tener en cuenta en este tipo de escalas que las afirmaciones pueden tener dirección favorable o positiva y desfavorable o negativa, dirección que es muy importante para saber la forma como se codificarán las alternativas de respuesta. Entonces, si la afirmación es positiva significa que califica favorablemente al objeto de actitud, y cuando los sujetos estén más de acuerdo con la afirmación, su actitud será más favorable, es decir, que la dirección determina o evidencia que tan predispuesta se encuentra la persona frente al objeto de actitud.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, donde las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuando se está de acuerdo con la afirmación correspondiente. Por lo tanto, debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una opción.

En este sentido, cada una de las cinco posibilidades de respuesta tiene una valoración de 1 a 5 o de 5 a 1 (teniendo en cuenta la dirección que puede ser positiva o negativa). En el caso de las afirmaciones positivas, 5 es la máxima puntuación, dando dirección positiva y

⁶⁴ Op cit., DE CANALES. P, 165.

⁶⁵ HERNÁNDEZ Sampieri, R. y Otros, Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill, 1991. p, 256.

mínimo de 1 para la dirección negativa de dicho ítem, así mismo, entre más cerca de 5 mas intensidad tiene la actitud, y cerca de 1 es menos intensa. Por otro lado cuando las afirmaciones son negativas se califican al contrario de las positivas como se señala a Continuación:

Para afirmaciones positivas:

(5) MA: Muy de acuerdo.

(4) A: De acuerdo.

(3) IN: Indeciso.

(2) DSA: En desacuerdo.

(1) MDA: Muy en desacuerdo.

Para afirmaciones negativas:

(1) MA: Muy de acuerdo.

(2) A: De acuerdo.

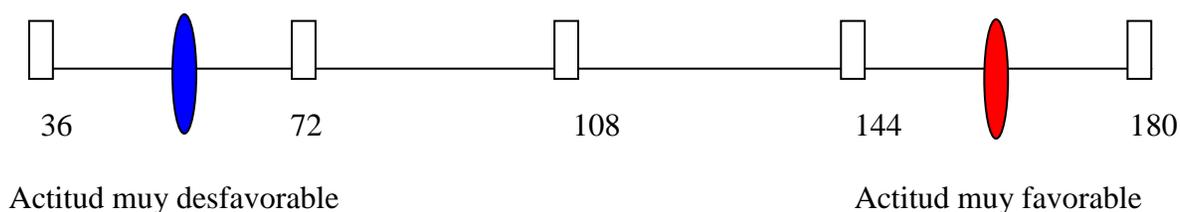
(3) IN: Indeciso.

(4) DSA: En desacuerdo.

(5) MDA: Muy en desacuerdo.

Las puntuaciones de la escala Likert se obtienen sumando los valores obtenidos respecto a cada frase, razón por la cual, se les conoce también como escalas aditivas. Es decir, que se considera puntuación alta baja según el número de ítems o afirmaciones. Por ejemplo, para esta investigación la puntuación mínima posible es de 36 y la máxima es de 180, porque hay 36 afirmaciones. Así una persona que obtuvo una puntuación de **50** puntos refleja que su actitud frente al tratamiento antiretroviral es muy desfavorable, por otro lado, una puntuación de **160** indica una actitud sumamente favorable hacia el medicamento.

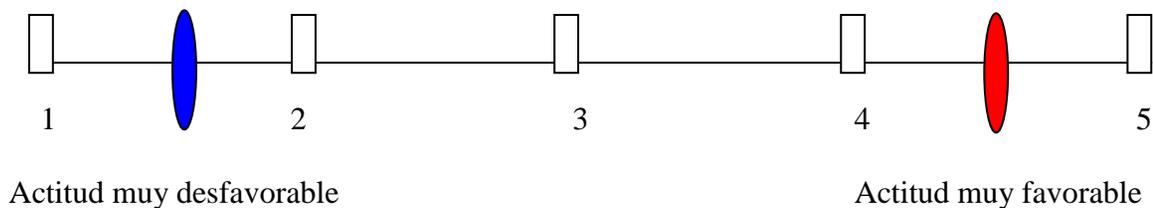
GRAFICA 1. Escala valorativa de actitud.



Fuente: Hernández⁶⁶.

En estas escalas a veces se califica el promedio obtenido en la escala mediante la sencilla fórmula PT/NT (PT = puntuación total; NT = número de afirmaciones), donde las puntuaciones se analizan en el continuo de 1 – 5. Así la calificación de $50/36$ tendría una ubicación de **1.38** y la puntuación de $160/36$ sería igual a **4.44**, como se relaciona en el siguiente gráfico:

GRAFICA 2. Escala valorativa de actitud.



Fuente: Hernández⁶⁷.

⁶⁶ *Ibíd.*, p. 260.

⁶⁷ *Ibíd.*, p. 260.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez y confiabilidad son requisitos fundamentales que debe tener un buen instrumento de medición, señalando que la validez hace referencia al “grado en que un instrumento logra medir lo que se pretende medir”⁶⁸, es decir, si realmente mide la variable que pretende medir. Según Canales⁶⁹, este requisito es fundamental para lograr la confiabilidad, sin embargo, un instrumento puede ser confiable sin ser válido, por lo tanto, esta autora considera que:

“lo más importante es construir los instrumentos una vez que las variables han sido claramente especificadas y definidas, para que sean estas las que se abordan en el instrumento y no otras; también se puede recurrir a la ayuda de personas expertas en el tema que se está investigando para que revisen el instrumento, a fin de determinar si cumple con la finalidad establecida”.

En este sentido se acudió a los procedimientos de validación de contenido en prueba de expertos en investigación y en el tema de VIH, además de su posterior prueba piloto, para así asegurar dicha validez y confiabilidad de los resultados.

Este tipo de escalas se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud y se somete a prueba de expertos y prueba piloto, para que así, dicho proceso de acuerdo con los objetivos de la investigación permita hacer una adecuada identificación y descripción de la actitud frente a la adherencia al tratamiento antiretroviral en personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva, teniendo en cuenta los componentes de la actitud como son: lo cognitivo, afectivo y conductual.

En primer lugar, para la construcción del cuestionario se tuvo en cuenta la información recopilada en el marco teórico sobre el tratamiento antiretroviral y las dimensiones de la actitud, así como la información obtenida a partir de entrevistas no estructuradas a personas que viven con VIH y a personal experto en atención de este fenómeno social. De esta manera, el proceso de construcción del instrumento de medición estuvo acompañado de manera permanente por juicio de expertos en el tema de VIH como el Dr. Gerardo Barrera, Fisio neumólogo y Médico internista del programa de VIH/SIDA a nivel departamental, quien además pertenece al equipo de la Corporación Neivihda en la ciudad de Neiva.

⁶⁸ DE CANALES, Francisca H. y Otros, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Noriega Editores. México 1997. P.172.

⁶⁹ *Ibíd.*,

Además se contó con la observación y aportes de la Dra. Danny Quintero de Perdomo, Enfermera Magíster en Comunicación y desarrollo comunitario, encargada de coordinar las actividades de prevención y atención del VIH/SIDA a nivel departamental en la Secretaría de Salud del Huila, y el Señor Alberto Osorio, representante de la Fundación Guipas. Quienes participaron en la revisión del cuestionario, ya que por la experiencia que tienen en el abordaje del tema de VIH/SIDA en la ciudad de Neiva se les entregó la primera formulación del cuestionario contando con la adecuada asesoría en el tema y el replanteamiento de algunos ítems no muy claros en su comprensión y objetividad.

En segundo lugar, al realizar los cambios sugeridos en la prueba anterior se entregó el cuestionario resultante a expertos en investigación como la Dra. Lilia Durán Manrique, Enfermera Magíster en Comunicación y desarrollo comunitario; las Dras. Miriam Oviedo y Esperanza Cabrera, Psicólogas de la Universidad Surcolombiana, quienes evaluaron “el grado en el cual el instrumento refleja el concepto que va a ser medido”⁷⁰. Así, el cuestionario fue reajustado en cuanto a determinados indicadores que se repetían, que no eran muy claros y generaban inseguridad en las afirmaciones o se desviaban de los objetivos propuestos, así como la sugerencia de agregar nuevos indicadores de mayor precisión para la posterior aplicación de prueba piloto.

PRUEBA PILOTO

Realizadas las sugerencias expuestas en el juicio de expertos el cuestionario se encontró listo para aplicación de prueba piloto, con un total de 90 ítems con únicas respuestas de Sí (Muy de acuerdo, de acuerdo), No (En desacuerdo, Muy en desacuerdo) y 0 (Indeciso) el cual sería aplicado en las instalaciones de la Fundación Guipas de la ciudad de Neiva, con el objetivo de no tocar la población final. Para tal fin se invitó a un grupo de 30 personas con VIH pertenecientes a las fundaciones Guipas y Eudes. Sin embargo, dadas las dificultades para reunir a la población en un mismo lugar, la prueba piloto se realizó en tres tiempos, es decir, de manera grupal en las instalaciones de la Corporación Guipas a 5 personas con VIH y posteriormente, en la Fundación Eudes a 6 personas. Sin embargo, con dichas aplicaciones la prueba piloto se vería muy reducida, por lo que se hizo necesario aplicar más cuestionarios, así que se solicitó al Hospital de la Plata la aplicación de la prueba con una población paralela de esta ciudad, donde se permitió dicho acceso conociendo el propósito de la investigación y la prueba, allí fueron aplicados 6 cuestionarios más, para un total de 17 cuestionarios aplicados.

⁷⁰ DELGADO, María Consuelo. CABRERA, Esperanza y Otros. Investiguemos. USCO. Neiva, 1998. p 236.

Sampieri⁷¹ señala que existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento, donde todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad que pueden oscilar entre 0 y 1. La fórmula utilizada para calcular la varianza de los ítems fue la siguiente: $P_i = p - q / n$, donde, según Garret,⁷² “p = al porcentaje de los que resuelven bien un ítem o marcan la respuesta esperada (en este caso Sí o No) y q = el porcentaje de los que fallan, y n sería el número total de sujetos que responden la prueba, es decir 17.

Calculados los coeficientes de los ítems se tienen en cuenta aquellos que oscilan entre 0.41 – 0.60, los cuales son los más óptimos para su respectiva selección, puesto que, si el 90% de un grupo estándar resuelve un ítem, este es fácil y si tan sólo un 10% lo resuelve, es difícil, por eso, los coeficientes ubicados entre 0 – 0.15 y 0.81 – 1 se descartan por la poca variabilidad y dispersión de respuesta que presentan. Por otro lado, en el caso en que los ítems perfilados en el coeficiente indicado como idóneo sean menos de los esperados se tienen en cuenta los que perfilan dentro de 0.16 – 0.40 y 0.61 – 0.80 hasta completar el número de ítems deseado.

Este proceso de prueba piloto tuvo una duración de tres semanas y permitió realizar el cálculo de confiabilidad y la reestructuración del mismo a 36 ítems puesto que resultaba largo y tedioso en el momento de la aplicación, además que algunos ítems no eran muy claros en la afirmación y generaban duda en cuanto a las posibilidades de respuesta.

6.6. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de los datos se llevó a cabo en el período comprendido entre diciembre de 2003 – febrero de 2004, durante la consulta médica de control en la unidad de Neumología del Hospital universitario Hernando Moncaleano de la ciudad de Neiva, asistida por el Dr. Gerardo Barrera, médico internista del programa VIH/SIDA a nivel departamental.

Sin embargo, al finalizar este período se encontró con la dificultad de la poca asistencia a consulta de la población señalada, donde los pacientes que acudían a consulta ya habían respondido el cuestionario previamente, presentándose pocas posibilidades de aplicaciones nuevas; por lo que, teniendo en cuenta que dicha población total de usuarios sistematizados en tratamiento con antiretrovirales es de 294, se acudió a la alternativa de aplicar las encuestas en el domicilio de los pacientes solicitando autorización previa del programa. No obstante, dicha tarea no se logró llevar a cabo por las siguientes circunstancias:

- La dirección de la residencia del paciente registrada en la historia y programa no coincidía con la posible dirección real del usuario.

⁷¹ HERNÁNDEZ Sampieri, R. y Otros, Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill, 1991. p 241.

⁷² GARRET, Henry E. Estadística en psicología y educación. Paidós. Buenos Aires, 1974. p. 400 – 401.

- Cambios del sitio de residencia de los usuarios o decesos de pacientes sin la respectiva actualización en el programa.
- Negativas de algunos usuarios del programa a participar en la investigación.
- Dificultad en el acceso a las viviendas de los usuarios por cuestiones de seguridad de los investigadores.

Por lo tanto, se tomó en cuenta para el análisis de los resultados de esta investigación la aplicación de un total de 41 cuestionarios de actitud frente al tratamiento antiretroviral aplicados en la consulta del Hospital Universitario de Neiva en el período comprendido entre diciembre de 2003 y febrero de 2004.

6.7 ASPECTOS ETICOS DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo el proceso de recolección de información se tuvieron en cuenta los elementos éticos relacionados con el trato digno que merece todo sujeto de investigación; en este estudio en particular se dio un manejo especial a lo comúnmente llevado a cabo en otros estudios teniendo en cuenta las condiciones particulares de quienes se hicieron partícipes en la investigación.

Debido a que son personas infectadas con VIH y que según lo afirma el decreto 1543/97: “nadie debe o puede revelar la condición de la persona que vive con VIH excepto, cuando esta persona esta exponiendo a otros al riesgo de adquirir el virus”, por tal razón el conducto que se siguió a fin de respetar el derecho a la confidencialidad fue contar con la colaboración del medico tratante, quien inicialmente de manera verbal o escrito pedía la autorización o el consentimiento a los sujetos para que las pruebas les pudiera ser administradas. Posteriormente se procedió a informárseles acerca de lo que se investigaría junto con las condiciones de la prueba, aclarándose el carácter netamente académico del estudio, además del anonimato, el uso adecuado a la información que se le daría y que en ningún momento la información podría ser usada para su perjuicio.

7. RESULTADOS

La Secretaría de Salud Departamental de la Gobernación del Huila en su división de desarrollo de la salud durante el año de 2003 reportó un total de 840 casos de personas con VIH durante este mismo año, de los cuales según estas estadísticas pertenecen a la ciudad de Neiva un total de 577 personas con diagnóstico positivo, distribuidos en cuanto a Régimen de seguridad social, 248 en el régimen contributivo de salud y 329 inscritos en el régimen subsidiado de salud.

Aunque los reportes oficiales muestran elevados porcentajes de personas que viven con VIH en la ciudad de Neiva, se debe recordar que tan sólo se tomó en cuenta para esta investigación la población perteneciente al régimen subsidiado de salud que de manera voluntaria participó en la misma durante la respectiva asistencia a la consulta médica del programa de VIH/SIDA en las instalaciones del Hospital Universitario de la misma ciudad. En este sentido se encuestaron un total de 41 personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva, durante el período comprendido entre diciembre de 2003 y febrero de 2004.

7.1. ASPECTOS CARACTERISTICOS DE LA POBLACION

Se ha mencionado de manera previa en otros estudios como los señalados en la ponencia de Sánchez⁷³, que las características sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estrato social, entre otros) de la población que vive con VIH no han mostrado una fuerte incidencia en el mantenimiento y/o sostenimiento de la adherencia a los tratamientos antiretrovirales. Igualmente, en esta investigación los datos presentan una desviación estándar de 0,24657623 de la media, lo cual indica que al encontrarse agrupados los datos no se hace diferenciación alguna entre estos aspectos. Sin embargo, se hará una breve descripción de estos aspectos relacionando sus resultados con los reportados por la Secretaría de salud departamental.

7.1.1. Género de la población encuestada

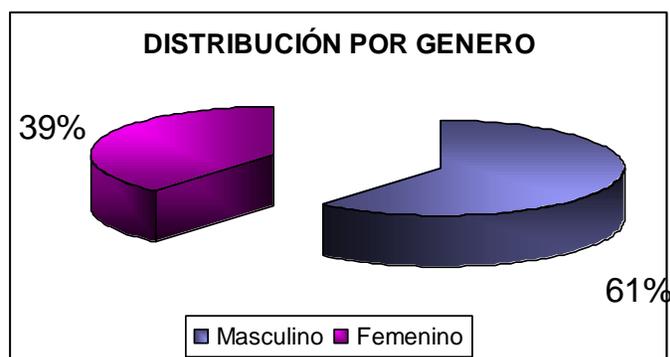
En cuanto a la distribución por género de la población encuestada, en la siguiente tabla se muestra el número de sujetos de sexo masculino y el número de sujetos de sexo femenino con sus respectivos porcentajes a quienes se les aplicó la encuesta. Igualmente la correspondiente gráfica describe el comportamiento de la dimensión género.

TABLA 4. Género de la población encuestada.

SEXO	#	%
Masculino	25	61
Femenino	16	39
Totales	41	100

GRAFICA 3. Género de la población encuestada.

⁷³ SANCHEZ TARRAGO, Nancy. Régimen antiretroviral con Inhibidores de Proteasa para infecciones por VIH. La Habana Cuba. Octubre 28 de 1999. p, 32.



Como se menciona anteriormente el total de la población encuestada en esta investigación fueron 41 personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva, distribuidos según el género en 16 mujeres (39%) y 25 hombres (61%), lo cual coincide o por lo menos no se aleja demasiado de la proporción dada en las estadísticas oficiales de la Secretaría de Salud departamental en el año anterior, en la cual el 73% de los casos son hombres y un 27% restante son mujeres, donde la relación existente puede deducir que por cada hombre que vive con VIH hay una mujer infectada con el virus.

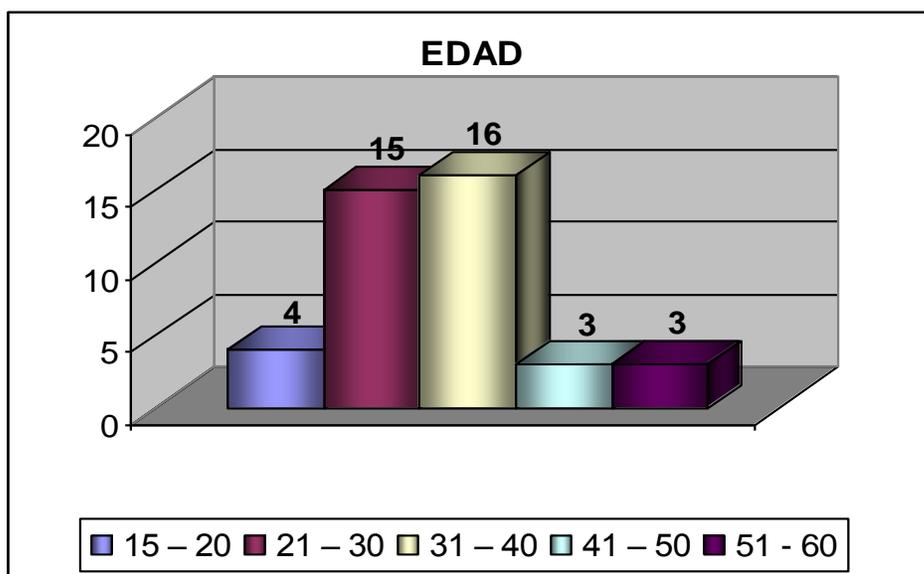
7.1.2. Edad de la población encuestada

TABLA 5. Intervalos de edad de la población encuestada.

INTERVALOS DE EDAD	#	%
15 – 20 años	4	9,8
21 – 30 años	15	36,6
31 – 40 años	16	39,0
41 – 50 años	3	7,32
51 – 60 años	3	7,32
Totales	41	100

Según la distribución por intervalos de edad de los sujetos encuestados en esta investigación, se encuentra que el rango de edad que presenta mayor frecuencia de casos de VIH en un 39,0% es el de las edades comprendidas entre 31 y 40 años, seguido por el 36,5% entre las edades de 21 a 30 años de edad. Mientras que en las estadísticas oficiales, el rango de edad que más presenta número de casos de personas que viven con VIH de manera general en el departamento del Huila es el grupo etáreo de los 20 a los 29 años con un porcentaje de 36,4%, seguido por el rango de 30 a 39 años con el 30,2%.

GRAFICA 4. Intervalos de edad de la población encuestada.



Igualmente, se señala en esta gráfica la desproporción significativa que hay en estos rangos de edad mencionados con respecto a las otras edades, donde se aumenta en un 75% la diferencia entre las edades de 15 – 20 años y 21 – 30 años, de manera similar en este último rango y sus consecutivos. Y teniendo en cuenta que estos rangos son considerados como de mayor productividad económica y social, se describe entonces, como una problemática que no favorece al capital humano de esta ciudad.

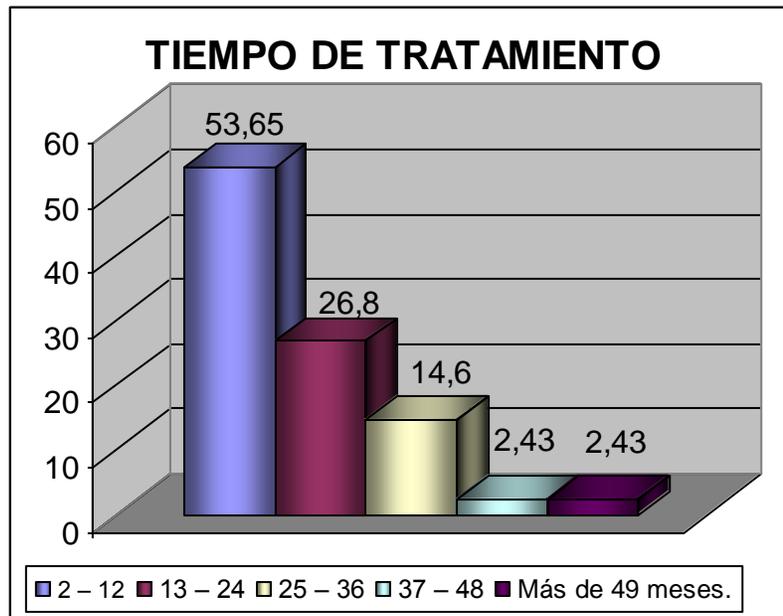
7.1.3. Tiempo de tratamiento

TABLA 6. Tiempo de tratamiento con antiretrovirales de la población encuestada.

INTERVALOS POR MESES	#	%
2 – 12	22	53,65
13 – 24	11	26,8
25 – 36	6	14,6
37 – 48	1	2,43
Más de 49 meses.	1	2,43
Totales	41	100

En cuanto al tiempo de tratamiento, se clasificaron los datos dentro de intervalos de un año en meses como se muestra en la tabla anterior, donde se relaciona que el 53,65% de los encuestados apenas inician tratamiento con antiretrovirales o tienen menos de un año en el mismo, consecutivamente disminuyendo en cada intervalo casi en la mitad de los porcentajes a un 26,8% quienes tienen entre uno y 2 años de tratamiento, a un 14,6% de quienes han mantenido por más de 2 años de tratamiento, hasta un 2,43% que ha mantenido el tratamiento por más de tres años.

GRAFICA 5. Tiempo de tratamiento con antiretrovirales de la población encuestada.



Como no se encontraron intervalos de tiempo en tratamiento con antiretrovirales mayores a 49 meses, es decir, casi cinco años de tratamiento, tan sólo se puede sugerir que es este uno de los aspectos más interesantes en esta investigación, ya que refleja el proceso que conlleva al abandono progresivo del tratamiento con antiretrovirales de la mayoría de las personas que alguna vez lo inician.

Es decir, como lo refleja la gráfica de barras, más de la mitad de las personas con VIH que cumplen con los criterios para iniciar tratamiento con antiretrovirales, efectivamente inician su tratamiento, pero, de manera progresiva hay una tendencia de abandono del mismo, lo que evidencia una falta en la toma de dosis del medicamento, horarios y el mantenimiento de la adherencia al tratamiento, pues, tan sólo 2 de las 41 personas encuestadas lleva más de tres años de tratamiento con antiretrovirales, lo cual describe que son pocas las personas que mantienen a lo largo del tiempo el tratamiento o por lo menos recuerdan hace cuanto tiempo lo iniciaron, puesto que este análisis sugiere que son más las personas que abandonan progresivamente el tratamiento conforme transcurre el tiempo.

Por otro lado, teniendo en cuenta que la asistencia a las citas y controles médicos que se programan para cada mes constituyen un indicio de buena adherencia al tratamiento antiretroviral (incluso es un indicador de buena adherencia para cualquier tratamiento), el hecho de haber encuestado a tan sólo 41 sujetos puede ir dándole al lector un indicativo de la actitud del resto de la población que ni siquiera asiste a consulta, puesto que de un total de 294 personas que constituyen la población general del estudio tan sólo asistieron a consulta un total de 41 personas durante el período de aplicación del instrumento.

No obstante, el encontrar personas con VIH que lleven más de cuatro años tomando medicamentos antiretrovirales y la misma asistencia a las citas y controles médicos programados, no aseguran una buena adherencia al tratamiento ni el éxito del mismo, puesto que deben cumplirse otros indicadores que igualmente juegan un papel importante y determinante como los mencionados por Sánchez⁷⁴, entre los que se encuentra el porcentaje de dosis tomadas, de días con el número correcto de dosis o de dosis tomadas a tiempo y los exámenes de control como la tasa de la carga viral y/o tasa de medicamento en sangre u orina, así como la ausencia de cepas del virus resistentes al medicamento e igualmente, ausencia de enfermedades oportunistas que conlleven al sujeto a la etapa de SIDA.

Así mismo, se debe recordar que, al ser la adherencia una actitud del sujeto frente al medicamento, se encuentra esta evaluación del objeto de actitud directamente relacionada con las características, atributos y cualidades de dicho objeto. Por ejemplo, la Psicología de la Salud menciona que “el incumplimiento se agrava al tratarse de regímenes de cierta duración, complejidad... (Número de medicamentos consumibles, frecuencia del consumo, combinación de distintos tipos de intervención, etc.)... cuando la eficacia del tratamiento es lenta, cuando aparecen problemas derivados del mismo tratamiento (efectos adversos y colaterales)...”⁷⁵ y el grado de cambio conductual requerido, donde estos aspectos del tratamiento contribuyen a facilitar errores y omisiones en la adherencia al mismo.

7.2. CREENCIAS FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

A continuación se describen los resultados obtenidos sobre las creencias, ideas o información que dan las personas con VIH sobre el tratamiento farmacológico antiretroviral en sus respectivas dimensiones de: 1) Efectividad del medicamento frente al control de la carga viral. 2) Efectos adversos del medicamento. Y 3) Régimen Farmacológico del tratamiento, es decir, creencias sobre la importancia de las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.

7.2.1. Efectividad del medicamento antiretroviral

TABLA 7. Ideas o información positiva sobre la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral.

AFIRMACION	5. MA	4. A	3. IN	2. DSA	1.	Tendencia
------------	-------	------	-------	--------	----	-----------

⁷⁴ SANCHEZ TARRAGO, Nancy. Régimen antiretroviral con Inhibidores de Proteasa para infecciones por VIH. La Habana Cuba. Octubre 28 de 1999. p, 22.

⁷⁵ SIMON, Miguel Ángel. Manual de Psicología de la Salud. Biblioteca Nueva. Madrid, 1999. Pág. 229.

									MDA		
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
1. Considero que el medicamento antiretroviral reduce efectivamente la carga viral.	17	41,5	20	49	2	4,88	1	2,44	1	2,44	4,2
19. Pienso que si se deja de consumir el medicamento por un tiempo hay mayor riesgo de replicación viral.	19	46,3	13	32	3	7,32	3	7,32	3	7,32	4,0
Tendencia ponderada											4,1

La tabla 4 representa las ideas o información positiva sobre la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral, así en este aspecto el 49% y el 41,5% de los encuestados están de acuerdo y muy de acuerdo respectivamente con la afirmación planteada que el medicamento reduce efectivamente la carga viral.

Respecto a la afirmación que al dejar de consumir el medicamento por un tiempo aumenta el riesgo de replicación viral el 46,3% está muy de acuerdo, lo cual sugiere que esta población le atribuye plena garantía al régimen farmacológico, donde un 90% cree en la efectividad del medicamento, frente a un 14% que se considera en desacuerdo con esta afirmación.

En este sentido, las ideas o información positiva sobre la efectividad del medicamento antiretroviral puntúan alto en la escala valorativa de la actitud, donde de 1 a 5 el promedio ponderado se encuentra en 4,1 indicando a su vez que estas creencias resultan favorables para el tratamiento al atribuirle al mismo eficacia y efectividad frente al control de la carga viral.

TABLA 8. Ideas o información negativa sobre la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral.

AFIRMACION	1. MA		2. A		3. IN		4. DSA		5. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
10. Creo que con el tiempo el medicamento antiretroviral ya no es efectivo frente al aumento de la carga viral.	14	34,1	21	51	6	14,6	0	0	0	0	1,8
28. Lo que realmente ayuda a disminuir la carga viral es un estilo de vida saludable más que el medicamento antiretroviral.	15	36,59	19	46,34	7	17,1	0	0	0	0	1,8
Tendencia ponderada											1,8

Dentro de las ideas negativas sobre la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral el 46,3% está de acuerdo en que lo que realmente ayuda a disminuir la carga viral es un estilo de vida saludable más que el medicamento antiretroviral; además, el 51% de acuerdo con la creencia de que con el tiempo el medicamento no es efectivo frente a la carga viral. Esto se corrobora en la tendencia que toma esta dimensión al puntuar 1,8 dentro de la escala valorativa de actitud de 1 – 5, lo cual indica que al estar de acuerdo con estas afirmaciones negativas frente al tratamiento resulta desfavorable para la valoración total de la actitud en estos sujetos.

Igualmente, los anteriores resultados sustentan mucho más el comportamiento de la dimensión tiempo de tratamiento, donde se señala que con el paso del tiempo se presenta una tendencia hacia el abandono del tratamiento antiretroviral, ya que las personas con VIH consideran que la efectividad del medicamento sólo se presenta al principio del tratamiento, pero luego, el virus se hace resistente al medicamento, aumentando la carga viral así se esté tomando el medicamento, lo cual crea inestabilidad e inseguridad en la valoración global del objeto de actitud.

7.2.2. Efectos adversos del medicamento antiretroviral

TABLA 9. Ideas o información positiva acerca de los efectos adversos del medicamento antiretroviral.

AFIRMACION	5. MA		4. A		3. IN		2. DSA		1. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
2. Creo que los efectos adversos de los antiretrovirales se pueden reducir si se toma el medicamento como lo señala el médico.	9	22	21	51	1	2,44	9	22	1	2,44	3,6
20. Los efectos adversos sólo se presentan al principio del tratamiento y luego desaparecen.	7	17,1	15	36,6	7	17,1	9	22	3	7,32	3,3
Tendencia ponderada											3,5

Se aprecia en estos resultados que el 51% de las personas encuestadas está de acuerdo con las recomendaciones que señala el médico en la consulta en cuanto a la presencia de efectos adversos del medicamento. Sin embargo, es de hacer notar que un porcentaje igual al 22% se encuentra en desacuerdo con que los efectos adversos se reduzcan por el hecho de seguir

al pie de la letra las recomendaciones dadas por el personal sanitario. No obstante, las personas que viven con VIH le dan bastante credibilidad a la información dada por el médico en la consulta y proveniente de la comunidad científica.

Así, en los resultados obtenidos en esta investigación se puede observar de manera similar, en cuanto a la afirmación que señala que los efectos adversos sólo se presentan al principio del tratamiento y luego desaparecen, las opiniones de los encuestados manifiestan en un 36,5% que estar de acuerdo con esta información, es decir que creen efectivamente que los efectos adversos sólo se presentan mientras el organismo los asimila. Sin embargo, frente a este mismo ítem un 17% no sabe con certeza sobre esta afirmación, mientras que un 22% está en desacuerdo, lo cual evidencia una tendencia a la incertidumbre frente a este aspecto, ya que en la escala valorativa de 1 – 5 un puntaje de 3,5 refleja indiferencia, con tendencia positiva frente a las creencias favorables sobre el tratamiento presentadas en las afirmaciones.

TABLA 10. Ideas o información negativa sobre los efectos adversos del medicamento antiretroviral.

AFIRMACION	1. MA		2. A		3. IN		4. DSA		5. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
11. Creo que consumir medicamentos antiretrovirales por mucho tiempo es perjudicial para la salud.	11	26,8	26	63,4	4	9,8	0	0	0	0	1,8
29. Creo que los efectos adversos hacen que las personas no tomen el medicamento.	14	34.1	23	56.1	4	9,8	0	0	0	0	1,7
Tendencia ponderada											1,79

En cuanto a las creencias negativas que tienen las personas con VIH frente a los efectos adversos del medicamento antiretroviral, consideran los encuestados que estos son los principales responsables de abandono del tratamiento o que los individuos no los consuman de manera continua, así un 90% de los encuestados se encuentran de acuerdo y muy de acuerdo con esta información. En esta dimensión las creencias negativas sobre el tratamiento califican como desfavorables obteniendo en la escala valorativa de 1 – 5 una puntuación de 1,7 como intensidad, lo cual refleja creencias hacia la no aceptación del medicamento y por ende el no consumo del mismo.

7.2.3. Régimen farmacológico del medicamento antiretroviral

TABLA 11. Ideas o información positiva sobre la importancia y facilidad- dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.

AFIRMACION	5. MA		4. A		3. IN		2. DSA		1. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
3. Para el éxito del tratamiento el cumplimiento de los horarios es fundamental.	22	53,7	17	41	1	2,44	1	2,44	0	0	4.4
21. Pienso que es posible llevar a cabo las sugerencias del médico en cuanto a las dosis diarias.	11	26,8	21	51,2	2	4,88	6	14,6	1	2,44	3.8
Tendencia ponderada											4,1

La tendencia ponderada encontrada en las creencias sobre el régimen farmacológico tiene una inclinación a ser altamente favorables según la valoración de la escala de 1 – 5 donde se puede observar una intensidad de 4,1. Así, en la afirmación que señala que para lograr éxito terapéutico con el tratamiento resulta más que importante, fundamental el cumplimiento de los horarios de dosis diarias, se encontró que el 53,7% de la población igualmente lo consideran primordial en la consecución de los objetivos del tratamiento con antiretrovirales. Por otro lado, un 51,2% estuvo de acuerdo en cuanto a la percepción que tienen las personas con VIH sobre si es alcanzable o no estos objetivos de la terapia farmacológica con antiretrovirales, así se encuentra que efectivamente se cree posible llevar a cabo las sugerencias del médico en cuanto a la toma del medicamento en las dosis diarias.

TABLA 12. Ideas o información negativa sobre la importancia y facilidad- dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.

AFIRMACION	1. MA		2. A		3. IN		4. DSA		5. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
12. Creo que el tratamiento antiretroviral no se afecta demasiado cuando dejo de tomar una dosis en el día.	7	17,1	30	73	4	9,8	0	0	0	0	1,9
30. Creo que cumplir completamente las recomendaciones del médico es algo muy difícil de lograr.	9	22	32	78,05	0	0	0	0	0	0	1,7
Tendencia ponderada											1,8

En las creencias sobre la importancia del cumplimiento de las dosis diarias se observa una tendencia desfavorable con una puntuación de 1,8 en la escala valorativa de 1 – 5, puesto

que un 73% de la población demostró estar de acuerdo con que el tratamiento no se afecta demasiado si se deja de consumir una de las dosis diarias, y ninguno de los encuestados estuvo en desacuerdo con esta afirmación, lo cual puede sugerir una tendencia de las personas con VIH a restarle importancia a las dosis, especialmente tienden a racionalizar cuando se saltan una de las dosis en el día y niegan que alguna vez lo hagan.

En cuanto a la creencia de que cumplir completamente las indicaciones del médico es algo muy difícil de lograr el 78,05% de la población se considera de acuerdo con esta afirmación, al demostrar que ninguno de los encuestados se opuso a esta afirmación, lo que puede señalar que, aunque se cree que es factible seguir las recomendaciones del médico, (ver párrafo anterior), éstas continúan siendo gravosas para las personas que viven con VIH en el momento de llevarlas a cabo, lo cual requiere de mayores estrategias de afrontamiento a nivel del individuo para tomar el medicamento, cumplir con los horarios y dosis recomendadas, así como la asistencia a los controles y exámenes médicos.

7.3. SENTIMIENTOS FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

Mientras que el componente cognitivo se limita según Orozco⁷⁶ a explicar y justificar la valoración del objeto de actitud, son los sentimientos y emociones los que revelan cuándo dicha valoración resulta agradable o desagradable, puesto que informa sobre lo que sienten las personas referente al objeto, los afectos y emociones que moviliza dicho objeto de actitud en el individuo; y es así como estos pueden ser evaluados como sentimientos positivos o negativos, puesto que, el componente afectivo “es el que dota a las actitudes de su carácter motivacional”⁷⁷.

En este sentido, se expone a continuación los resultados respectivos del componente afectivo de la actitud sobre las emociones, sentimientos y afectos relacionados con la valoración positiva o negativa que le atribuye el sujeto con VIH al medicamento antiretroviral.

7.3.1. Efectividad del medicamento antiretroviral

TABLA 13. Emociones y sentimientos agradables (positivos) sobre la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral.

⁷⁶ OROZCO MONTOYA, Guillermo. Tu familia, la mejor inversión. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana. Bogotá, 1995. p 125.

⁷⁷ OVEJEROS BERNAL, Anastasio. Las Relaciones Humanas. citado por: SIERRA, Carolina. Actitud frente a su sexualidad en jóvenes estudiantes de la Universidad surcolombiana de Neiva. Neiva, 2002. p. 37.

AFIRMACION	5. MA		4. A		3. IN		2. DSA		1. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
4. Es agradable comprobar que el medicamento ha controlado la replicación viral.	19	46,3	18	44	3	7,32	1	2,44	0	0	4,3
22. Me siento animado tomando medicamentos antiretrovirales, porque he escuchado que es el mejor.	12	29,3	18	44	4	9,8	6	14,6	1	2,44	3,8
Tendencia ponderada											4,0

La anterior tabla muestra que el 46,3% de la población está muy de acuerdo con los resultados obtenidos en sus pruebas respectivas de carga viral, lo que les ha llevado a experimentar satisfacción con la efectividad del medicamento al manifestar que es agradable comprobar que el medicamento ha controlado la replicación viral. Igualmente, el 44% de los encuestados manifiestan sentirse animados tomando medicamentos antiretrovirales apoyados en la información que han obtenido previamente donde consideran que es el mejor tratamiento. Así mismo, la tendencia encontrada en cuanto a sentimientos agradables frente al tratamiento perfila en 4,0, lo cual indica como sentimientos que predisponen favorablemente para el tratamiento.

TABLA 14. Emociones y sentimientos desagradables (negativos) sobre la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral.

AFIRMACION	1. MA		2. A		3. IN		4. DSA		5. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
13. Me da miedo que el medicamento sea inefectivo frente a la replicación viral.	15	36,6	22	53,7	4	9,8	0	0	0	0	1,7
31. Cuando escucho que a otra persona no le ha servido el medicamento me siento desmotivado.	9	22	29	70,7	3	7,32	0	0	0	0	1,8
Tendencia ponderada											1,7

Se presenta en estos resultados una fluctuación en cuanto a la efectividad del medicamento, pues se observa en la tabla anterior que un 53,7% de los encuestados se encuentra de acuerdo en que sienten temor de que el medicamento sea ineficaz frente al control de la carga viral, encontrando además, que ninguno de los encuestados manifiesta no sentir este tipo de temor. El cual tiende a comprobarse en la información que se obtiene de otras personas a las cuales el medicamento no les ha sido útil frente a la carga viral, lo cual ha llegado a desmotivar a un 70,7% de la población encuestada.

Esta tendencia de 1,7 perfila dentro de los sentimientos desfavorables para el tratamiento, ya que al carecer de motivación para continuar el tratamiento muy seguramente la conducta de adherencia no se presente en el sujeto.

7.3.2. Efectos adversos del medicamento antiretroviral

TABLA 15. Emociones y sentimientos agradables (positivos) acerca de los efectos adversos del medicamento antiretroviral.

AFIRMACION	5. MA		4. A		3. IN		2. DSA		1. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
5. Aunque en algunos momentos experimente efectos adversos del medicamento me siento motivado para continuar el tratamiento.	7	17,1	19	46,3	4	9,8	9	22	2	4,88	3,5
23. Resulta gratificante experimentar pocos efectos adversos.	18	44	18	44	5	12	0	0	0	0	4,3
Tendencia ponderada											3,9

Se mencionó en párrafos anteriores que las personas con VIH atribuyen a los efectos adversos la principal razón por la cual se presenta abandono del tratamiento antiretroviral, sin embargo, en esta tabla se evidencia que a pesar de ello el 46,3% de la población encuestada se encuentra motivada para continuar tomando el medicamento. Mientras que un 22% de los encuestados manifestaron sentirse desmotivado para continuar el tratamiento cuando experimentan efectos adversos del medicamento. Podría señalarse igualmente que la tendencia en este aspecto puntúa como indiferente, sin embargo tiene una orientación positiva, lo cual sugiere que a pesar de la presencia de efectos adversos las personas que toman medicamentos pueden llegar a sentirse motivados para continuar el tratamiento.

TABLA 16. Emociones y sentimientos desagradables (negativos) acerca de los efectos adversos del medicamento antiretroviral.

AFIRMACION	1. MA		2. A		3. IN		4. DSA		5. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
14. Cuando experimento efectos adversos del medicamento me desanimo para continuar el tratamiento.	11	26,8	28	68,3	2	4,88	0	0	0	0	1,7
32. Constantemente quiero abandonar el medicamento por los efectos adversos que	14	34,1	23	56,1	4	9,8	0	0	0	0	1,7

presenta.											
Tendencia ponderada											1,7

Relacionado con la tabla 12, esta tabla indica que el 68,3% de los encuestados se encuentran desmotivados para continuar el tratamiento cuando experimentan efectos adversos del medicamento. Lo cual se evidencia mucho más en el siguiente ítem donde se observa que más del 56,1% de la población quiere constantemente abandonar los medicamentos debido a los efectos adversos que experimentan y tan sólo un 9,8% se encuentra indeciso. La tendencia encontrada refleja que las personas que toman medicamentos antiretrovirales se desaniman frente a la presencia de efectos adversos y fácilmente pueden abandonar el tratamiento, lo cual resulta muy desfavorable para el tratamiento mismo, además esto se fundamenta en la calificación obtenida de 1,7 en la escala valorativa de 1 – 5..

7.3.3. Régimen farmacológico del medicamento antiretroviral

TABLA 17. Emociones y sentimientos agradables (positivos) acerca de la importancia y facilidad-dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.

AFIRMACION	5. MA		4. A		3. IN		2. DSA		1. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
6. Acepto tomar cumplidamente las dosis diarias del medicamento porque es importante para que el tratamiento funcione.	18	44	21	51,2	1	2,44	0	0	1	2,44	4,3
24. Me siento siempre motivado al tomar el medicamento.	11	26,8	18	44	4	9,8	7	17,1	1	2,44	3,7
Tendencia ponderada											4,0

En cuanto al consentimiento y aceptación de tomar cumplidamente las dosis diarias del medicamento como fundamental para que el tratamiento funcione, un 51,2% de la población se encuentra de acuerdo. Posiblemente, por esta razón un 44% de los encuestados se sienten motivados siempre que toman el medicamento. Es decir, que un buen nivel de aceptación y motivación por parte del paciente con VIH beneficia el tratamiento pues la tendencia encontrada de 4,0 resulta como favorable y positiva en la valoración del tratamiento.

TABLA 18. Emociones y sentimientos desagradables (negativos) acerca de la importancia y facilidad-dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.

AFIRMACION	1. MA		2. A		3. IN		4. DSA		5. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
15. Puedo estar tranquilo aún cuando sé que no he tomado una de las dosis del día.	5	12	31	75,6	5	12	0	0	0	0	2
33. Es desagradable cuando se acerca la hora de tomar el medicamento antiretroviral.	13	32	26	63,4	2	4,88	0	0	0	0	1,7
Tendencia ponderada											1,87

Esta tabla refleja posiblemente la actitud general de la población con VIH frente a la toma del medicamento y las emociones que moviliza en estos sujetos, puesto que el 75,6% de la población manifiesta estar tranquila aún cuando sabe que no ha tomado una de las dosis diarias del medicamento, lo cual niega entonces la supuesta importancia que le reconoce al medicamento para su efectividad. Por otro lado, parece ser que esta tendencia se soporta en el sensación desagradable experimentada por el 63,4% de los encuestados cuando se acerca la hora de tomar el medicamento antiretroviral, lo cual le permite racionalizar la evitación del evento desagradable de una pastilla menos consumida.

7.4. TENDENCIAS DE COMPORTAMIENTO FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

El componente conductual de la actitud en esta investigación hace referencia a la exploración de tendencias de comportamiento y acciones que las personas con VIH realizan frente al tratamiento antiretroviral.

7.4.1. Efectividad del medicamento antiretroviral

TABLA 19. Actividades y acciones positivas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral.

AFIRMACION	5. MA		4. A		3. IN		2. DSA		1. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
7. Me tomo el medicamento antiretroviral porque es la única opción de tratamiento con buenos resultados.	14	34,1	21	51,2	3	7,32	2	4,88	1	2,44	4,1
25. Acudo a revisión médica mínimo cada seis meses para control de la	17	41	22	53,7	0	0	2	4,88	0	0	4,3

carga viral.											
Tendencia ponderada											4,2

El 51,2% de las personas que respondieron esta encuesta toman el medicamento antiretroviral argumentando que lo hacen porque es la única opción de tratamiento con buenos resultados, sumado al 34% está muy de acuerdo con esta afirmación. Estos resultados muestran una tendencia a tomar el medicamento antiretroviral porque no hay otra alternativa que pueda brindar respuestas positivas frente al control de la carga viral, lo cual sugiere que la tendencia está orientada desde una conducta de indiferencia o de “darle lo mismo o no tomar el medicamento” hasta una aceptación pasiva de dicha circunstancia.

Como se mencionó en párrafos anteriores, la asistencia a las citas programadas y exámenes de control no asegura altos niveles de adherencia, sin embargo, sugiere que hay mayor probabilidad de darse en los casos donde los sujetos acuden a estos servicios propios y necesarios en el tratamiento. En este sentido, los resultados obtenidos en este ítem muestran que el 53.7% de los encuestados está de acuerdo y un 41% muy de acuerdo, cuya tendencia es acudir a revisión médica mínimo cada seis meses para control de la carga viral, aspecto positivo de la actitud y el tratamiento.

TABLA 20. Actividades y acciones negativas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta la efectividad del medicamento antiretroviral frente a la carga viral.

AFIRMACION	1. MA		2. A		3. IN		4. DSA		5. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
16. He decidido buscar otro tratamiento alternativo en lugar de consumir medicamentos antiretrovirales.	14	34,1	23	56,1	4	9,8	0	0	0	0	1,7
34. Me conformo con la información que el médico me da sobre el tratamiento.	9	22	30	73	2	4,88	0	0	0	0	1,8
Tendencia ponderada											1,79

En la tabla 16 la tendencia es tomar el medicamento porque no hay otra opción de tratamiento con buenos resultados; si bien, esto se reafirma en que el 56,1% ha buscado otro tipo de paliativo que no le represente tomar medicamentos, igualmente lo ha hecho el 34,1% de los encuestados, donde al parecer, la búsqueda al ser insatisfactoria termina haciéndoles desistir y reflejar una tendencia de aceptación conformista del medicamento antiretroviral reflejado en el 73% de los encuestados que contestaron estar de acuerdo con esta conformidad en la información sobre el tratamiento. Este tipo de tendencia resulta desfavorable en la valoración del medicamento, puesto que no es suficiente para el tratamiento la simple aceptación del medicamento por parte del paciente con VIH.

7.4.2. Efectos adversos del medicamento antiretroviral

TABLA 21. Actividades y acciones positivas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta los efectos adversos del medicamento antiretroviral.

AFIRMACION	5. MA		4. A		3. IN		2. DSA		1. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
8. Me he acostumbrado a los malestares que genera al principio el medicamento.	7	17,1	24	58,5	2	4,88	7	17,1	1	2,44	3,7
26. Continúo con mi vida social igual, así el medicamento me produzca efectos adversos.	5	12	19	46,3	0	0	9	22	8	19,5	3,0
Tendencia ponderada											3,4

El 58,5% de la población se muestra de acuerdo con la afirmación de haberse acostumbrado a los malestares que genera al principio el medicamento, lo cual les ha permitido continuar con un adecuado desenvolvimiento social, laboral y familiar a un 46% de los encuestados. Se perfila entonces una tendencia de indiferencia en este aspecto al obtener una calificación de 3,4 en la escala de valoración de 1 – 5.

TABLA 22. Actividades y acciones negativas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta los efectos adversos del medicamento.

AFIRMACION	1. MA		2. A		3. IN		4. DSA		5. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
17. Dejo de tomar el medicamento por un tiempo mientras me pasan los efectos adversos.	14	34,1	23	56,1	4	9,8	0	0	0	0	1,7
35. Dejo de asistir a reuniones con amigos por los efectos adversos que me produce el medicamento.	5	12	30	73	6	14,6	0	0	0	0	2,0
Tendencia ponderada											1,8

La población encuestada indica que deja de tomar el medicamento por un tiempo mientras pasan los efectos adversos en un 56,1% que está de acuerdo. En este sentido, el no

presentar ninguna respuesta en las opciones en desacuerdo y muy en desacuerdo, sugiere que efectivamente la tendencia es dejar de consumir el medicamento antiretroviral cuando se presentan efectos adversos y retomarlo después.

Sin embargo, es esta misma conducta la que posibilita que la cepa virológica se haga resistente al medicamento y posteriormente sea inefectivo el tratamiento, obstaculizando la consecución de los objetivos propuestos y la respectiva desmotivación del paciente frente al medicamento, razones más que suficiente para señalar estas tendencias como desfavorables para el tratamiento.

Por otro lado, se reafirma que la presencia de efectos adversos del medicamento generalmente, suscita de alguna manera contrariedades en la vida cotidiana de estas personas, complicando el realizar desde sus actividades habituales hasta el desenvolvimiento en la vida social, situación que es manifestada por más del 73% de los encuestados.

7.4.3. Régimen farmacológico del medicamento antiretroviral

TABLA 23. Actividades y acciones positivas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta la importancia y facilidad-dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.

AFIRMACION	5. MA		4. A		3. IN		2. DSA		1. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
9. Recuerdo fácilmente la hora y cantidad de pastillas que debo tomar al día.	11	26,8	21	51,2	3	7,32	5	12	1	2,44	3,8
27. Estoy al pendiente de conseguir el repuesto del medicamento antes que se me acabe.	14	34,1	24	58,5	3	7,32	0	0	0	0	4,3
Tendencia ponderada											4,0

Recordar las recomendaciones dadas por el médico en cuanto a la cantidad de pastillas a tomar y su distribución en el día parece ser una tarea sencilla y fácil para más del 51,2% de la población encuestada, contrario al 12% que refiere tener dificultades para llevar a cabo esta parte básica del tratamiento. Por otro lado, la tendencia en este aspecto de la medicación es adquirir el medicamento mucho antes de que este se acabe, así lo manifiesta más del 58,5% de la población, puesto que, en ocasiones entre la solicitud del medicamento y su entrega suele tardar por lo menos quince días o hasta más. Estas tendencias resultan benéficas para el tratamiento, donde al obtener puntuación alta de 4,0 perfila como muy favorable.

TABLA 24. Actividades y acciones negativas que las personas con VIH realizan teniendo en cuenta la importancia y facilidad-dificultad en las dosis y horarios del medicamento antiretroviral.

AFIRMACION	1. MA		2. A		3. IN		4. DSA		5. MDA		Tendencia
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
18. Tengo dificultad para recordar tomar tantas pastillas al día.	10	24	27	65,9	4	9,8	0	0	0	0	1,8
36. A menudo se me olvida conseguir el medicamento antes que se me acabe.	11	26,8	23	56,1	7	17,1	0	0	0	0	1,9
Tendencia ponderada											1,87

La tabla anterior indica que el 65,9% de los encuestados tiene dificultad para recordar tomar tantas pastillas al día, es decir, que pueden recordar la hora y/o cantidad a consumir, sin embargo, la dificultad se halla generalmente en la combinación de terapias entre antiretrovirales. De la misma forma, el 56,1% de la población está de acuerdo con que a menudo se les olvida conseguir el medicamento antes que se les acabe. Entonces, al considerarse estas dos deficiencias por parte del paciente con VIH se instaura una tendencia desfavorable para el tratamiento mismo como lo muestra el dato de 1,87 en la escala valorativa.

7.5. IDENTIFICACION DE LAS CREENCIAS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DE LA CIUDAD DE NEIVA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

A continuación se identifican las creencias, ideas o información que dan las personas con VIH sobre el tratamiento farmacológico antiretroviral:

7.5. 1. Creencias favorables hacia el tratamiento antiretroviral.

TABLA 25. Creencias favorables hacia el tratamiento antiretroviral

	AFIRMACIÓN	+/-	MA	A	IN	DSA	MDA	Σ	Tendencia
1	Considero que el medicamento antiretroviral reduce efectivamente la carga viral.	+	85	80	6	2	1	174	4,2
3	Para el éxito del tratamiento el cumplimiento de los horarios es fundamental.	+	110	68	3	2	0	183	4,5
19	Pienso que si se deja de consumir el medicamento por un tiempo hay mayor riesgo de replicación viral.	+	95	52	9	6	3	165	4,0

PROMEDIO DE TENDENCIAS	4.23
------------------------	-------------

Dentro de las creencias más significativas identificadas como favorables para el tratamiento antiretroviral en este estudio de actitud se encuentra que las personas que viven con VIH consideran que el medicamento antiretroviral reduce efectivamente la carga viral, en un 90% de los encuestados, lo cual da cuenta de una tendencia de 4,2 como muy favorable, es decir, que las personas que poseen esta creencia muy posiblemente actuarán en este sentido positivamente frente al tratamiento.

Otra de las creencias encontradas como favorables es la que hace referencia al cumplimiento de los horarios, considerado como fundamental para la consecución de los objetivos de la terapia farmacológica con antiretrovirales, es decir, que las personas que viven con VIH le atribuyen a este aspecto del cumplimiento de las dosis una alta incidencia en el éxito del tratamiento, con una tendencia de 4,5, lo que conlleva a reafirmar la creencia de la existencia de mayor riesgo de replicación de la carga viral cuando se suspende el consumo del medicamento.

En último lugar, la creencia de que al dejar de consumir el medicamento por un tiempo conlleva a presentar mayores riesgos de replicación viral, la cual sugiere que esta población le otorga gran importancia al cumplimiento de las dosis diarias y horarios confirmando la creencia anteriormente expuesta. Sin embargo, el dejar de consumir el medicamento debe ser prolongado en el tiempo que implique más de una dosis olvidada en el día, puesto que, aún no es considerado de gran peligro el dejar de consumir una sola dosis, lo cual es reportado por el 73% de los encuestado donde afirman que el tratamiento no se afecta demasiado cuando se deja de consumir una de las dosis diarias.

7.5. 2. Creencias indiferentes hacia el tratamiento antiretroviral

TABLA 26. Creencias indiferentes hacia el tratamiento antiretroviral.

Nº	AFIRMACIÓN	+/-	MA	A	IN	DSA	MDA	Σ	Tendencia
2	Creo que los efectos adversos de los antiretrovirales se pueden reducir si se toma el medicamento como lo señala el médico.	+	45	84	3	18	1	151	3,7
20	Los efectos adversos sólo se presentan al principio del tratamiento y luego desaparecen.	+	35	60	21	18	3	137	3,3
21	Pienso que es posible llevar a cabo las sugerencias del médico en cuanto a las dosis diarias.	+	55	42	6	12	1	116	3,8
PROMEDIO DE TENDENCIAS									3.6

Las creencias expuestas en la tabla anterior perfilan como indiferente frente al tratamiento antiretroviral, con tendencia positiva, donde se observa que el médico juega un papel determinante en la valoración positiva del tratamiento, ya que si se considera como posible el llevar a cabo las sugerencias dadas por el médico tratante y además se cree que al seguir al pie de la letra sus recomendaciones se obtienen óptimos beneficios del tratamiento, muy posiblemente estas creencias positivas y favorables hacia el medicamento contribuyan a mejores índices de adherencia al mismo.

7.5. 3. Creencias desfavorables hacia el tratamiento antiretroviral

TABLA 27. Creencias desfavorables hacia el tratamiento antiretroviral.

N°	AFIRMACIÓN	+/-	MA	A	IN	DSA	MDA	Σ	Tendencia
10	Creo que con el tiempo el medicamento antiretroviral ya no es efectivo frente al aumento de la carga viral.	-	14	42	18	0	0	74	1,8
11	Creo que consumir medicamentos antiretrovirales por mucho tiempo es perjudicial para la salud.	-	11	52	12	0	0	75	1,8
12	Creo que el tratamiento antiretroviral no se afecta demasiado cuando dejo de tomar una dosis en el día.	-	7	60	12	0	0	79	1,9
28	Lo que realmente ayuda a disminuir la carga viral es un estilo de vida saludable más que el medicamento antiretroviral.	-	15	38	21	0	0	74	1,8
29	Creo que los efectos adversos hacen que las personas no tomen el medicamento.	-	14	46	12	0	0	72	1,8
30	Creo que cumplir completamente las recomendaciones del médico es algo muy difícil de lograr.	-	9	64	0	0	0	73	1,8
PROMEDIO DE TENDENCIAS									1.81

Con un promedio de 1,81 se identifican las creencias desfavorables hacia el tratamiento, las cuales obstaculizan que se forme una actitud positiva necesaria para el afrontamiento de las exigencias del tratamiento y la respectiva implicación del sujeto en la adherencia al mismo. En este sentido, los encuestados reportan que la efectividad del medicamento disminuye con el transcurrir del tiempo de tratamiento, deja de ser eficaz para controlar la carga viral o se hace resistente a la misma, incluso puede llegar a ser perjudicial para la salud, por lo tanto, estas creencias conlleva a restarle importancia al cumplimiento en la toma de las dosis diarias del medicamento. Por otro lado, atribuyen el abandono del medicamento a la presencia de efectos adversos, y a la dificultad existente en llevar a cabo las recomendaciones y sugerencias del médico pues definen estas como muy difícil de lograr prefiriendo de esta forma métodos alternativos o un estilo de vida saludable antes que el medicamento.

7.6. IDENTIFICACION DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DE LA CIUDAD DE NEIVA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

A continuación se identifican las emociones y sentimientos que dan las personas con VIH sobre el tratamiento farmacológico antiretroviral:

7.6. 1. Sentimientos favorables hacia el tratamiento antiretroviral.

TABLA 28. Sentimientos favorables hacia el tratamiento antiretroviral.

Nº	AFIRMACIÓN	+/-	MA	A	IN	DSA	MDA	Σ	Tendencia
4	Es agradable comprobar que el medicamento ha controlado la replicación viral.	+	95	72	9	2	0	178	4,3
6	Acepto tomar cumplidamente las dosis diarias del medicamento porque es importante para que el tratamiento funcione.	+	90	84	3	0	1	178	4,3
23	Resulta gratificante experimentar pocos efectos adversos.	+	90	72	15	0	0	177	4,3
PROMEDIO DE TENDENCIAS									4,3

Con un promedio de 4,3 en la escala de valoración actitudinal, los sentimientos favorables encontrados en este estudio hacen referencia al bienestar y tranquilidad que ofrece el hecho mismo de saber que el medicamento ha controlado la replicación viral, sumada a este, el experimentar pocos efectos adversos, lo que sin ninguna medida conlleva a la aceptación de las consideraciones y recomendaciones medicas sobre todo respecto a las dosis diarias de consumo. Esto refleja una disposición favorable importante en la continuidad del tratamiento antiretroviral, siendo parte misma de los sentimientos de los involucrados en este proceso.

7.6. 2. Sentimientos indiferentes hacia el tratamiento antiretroviral.

TABLA 29. Sentimientos indiferentes hacia el tratamiento antiretroviral.

Nº	AFIRMACIÓN	+/-	MA	A	IN	DSA	MDA	Σ	Tendencia
5	Aunque en algunos momentos experimente efectos adversos del medicamento me siento motivado para continuar el tratamiento.	+	35	76	12	18	2	143	3,5
15	Puedo estar tranquilo aún cuando sé que no he tomado una de las dosis del día.	-	5	62	15	0	0	82	2,0
22	Me siento animado tomando medicamentos antiretrovirales, porque he escuchado que es el mejor.	+	60	72	12	12	1	157	3,8
24	Me siento siempre motivado al tomar el medicamento.	+	55	72	12	14	1	154	3,8

PROMEDIO DE TENDENCIAS	3,2
------------------------	------------

La tendencia encontrada en este segmento califico en 3,2 lo cual nos lleva a determinar dicha tendencia como indiferente, pero es necesario recalcar que algunas de las manifestaciones de los participantes constituyen aspectos favorables respecto al medicamento por ende al tratamiento, como el continuar motivados aun cuando se presenten algunos efectos adversos y lo mas importante, que alimenten dicha motivación informándose sobre su tratamiento y su medicación, despejando dudas sobre los mismos y evitando en lo posible el estar tranquilos por el no consumo de una de las dosis del día, aunque suele presentarse y que es desfavorable. Lo indiscutiblemente importante en este proceso es mantenerse motivado, informado y obrar de acuerdo a lo prescrito por los especialistas.

7.6. 3. Sentimientos desfavorables hacia el tratamiento antiretroviral.

TABLA 30. Sentimientos desfavorables hacia el tratamiento antiretroviral.

N°	AFIRMACIÓN	+/-	MA	A	IN	DSA	MDA	Σ	Tendencia
13	Me da miedo que el medicamento sea inefectivo frente a la replicación viral.	-	15	44	12	0	0	71	1,7
14	Cuando experimento efectos adversos del medicamento me desanimo para continuar el tratamiento.	-	11	56	6	0	0	73	1,8
31	Cuando escucho que a otra persona no le ha servido el medicamento me siento desmotivado.	-	9	58	9	0	0	76	1,9
32	Constantemente quiero abandonar el medicamento por los efectos adversos que presenta.	-	14	56	12	0	0	82	1,8
33	Es desagradable cuando se acerca la hora de tomar el medicamento antiretroviral.	-	13	52	4	0	0	69	1,7
PROMEDIO DE TENDENCIAS									1,7

Dentro de los sentimientos desfavorables para el tratamiento antirretroviral se encuentran los relacionados con temores e incertidumbres generados por la efectividad e inefectividad del medicamento, sobre todo en los controles de replicación viral y mas aun cuando se escuchan rumores acerca de casos especiales en los cuales no han servido de nada, además de la aparición constante de efectos adversos que cada vez complican mas la ingesta del mismo, viéndose predispuesto desde minutos antes del consumo la tendencia promedio es de 1,7, determinando su carácter desfavorable y orientación negativa.

7.7. TENDENCIAS DE COMPORTAMIENTO DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DE LA CIUDAD DE NEIVA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

7.7. 1. Tendencias y comportamientos favorables hacia el tratamiento antiretroviral

TABLA 31. Tendencias y comportamientos favorables hacia el tratamiento antiretroviral.

Nº	AFIRMACIÓN	+/-	MA	A	IN	DSA	MDA	Σ	Tendencia
7	Me tomo el medicamento antiretroviral porque es la única opción de tratamiento con buenos resultados.	+	70	84	9	4	1	168	4,1
9	Recuerdo fácilmente la hora y cantidad de pastillas que debo tomar al día.	+	55	84	9	10	1	159	3,9
25	Acudo a revisión médica mínimo cada seis meses para control de la carga viral.	+	85	88	0	4	0	177	4,3
27	Estoy al pendiente de conseguir el repuesto del medicamento antes que se me acabe.	+	70	96	9	0	0	175	4,3
PROMEDIO DE TENDENCIAS									4,1

Dentro de la población encuestada, la cual se encuentra bajo tratamiento farmacológico con antiretrovirales se presentan tendencias altas al consumo del medicamento en un promedio de 4,1, así mismo la asistencia a revisión medica mínimo cada seis meses para control de la carga viral, con una predisposición a conseguir el repuesto del medicamento antes de que este se acabe, evitando así dejar de consumir las dosis recomendadas por el medico, puesto que estas recomendaciones resultan fácilmente recordadas y llevadas a cabo durante el tratamiento, siendo estas actividades indicadores de altos niveles de adherencia.

7.7. 2. Tendencias y comportamientos indiferentes hacia el tratamiento antiretroviral

TABLA 32. Tendencias y comportamientos indiferentes hacia el tratamiento antiretroviral.

Nº	AFIRMACIÓN	+/-	MA	A	IN	DSA	MDA	Σ	Tendencia
8	Me he acostumbrado a los malestares que genera al principio el medicamento.	+	35	96	6	14	1	152	3,7
26	Continúo con mi vida social igual, así el medicamento me produzca efectos adversos.	+	25	76	0	18	8	127	3,1
35	Dejo de asistir a reuniones con amigos por los efectos adversos que me produce el medicamento.	-	5	60	18	0	0	83	2,0
PROMEDIO DE TENDENCIAS									2,9

Los comportamientos relacionados con el acostumbrarse a los malestares propios del tratamiento así como el continuar con una vida social normal aunque en algunos casos esta se vea impedida por la gravedad de los efectos adversos hacen parte de las tendencias y comportamientos indiferentes según la escala de valoración actitudinal cuya calificación se ubica en 2,9, como tendencia indiferente con orientación desfavorable o negativa. Estos comportamientos muy posiblemente explican las tendencias, disposiciones e intensiones hacia el objeto de actitud, así como las acciones dirigidas hacia el, así la evaluación

indiferente refleja la forma como interactúan, han interactuado o actuaran frente al tratamiento antiretroviral.

7.7.3. Tendencias y comportamientos desfavorables hacia el tratamiento antiretroviral

TABLA 33. Tendencias y comportamientos desfavorables hacia el tratamiento antiretroviral.

Nº	AFIRMACIÓN	+/-	MA	A	IN	DSA	MDA	Σ	Tendencia
16	He decidido buscar otro tratamiento alternativo en lugar de consumir medicamentos antiretrovirales.	-	14	46	12	0	0	72	1,8
17	Dejo de tomar el medicamento por un tiempo mientras me pasan los efectos adversos.	-	14	46	12	0	0	72	1,8
18	Tengo dificultad para recordar tomar tantas pastillas al día.	-	10	54	12	0	0	76	1,8
34	Me conformo con la información que el médico me da sobre el tratamiento.	-	9	60	6	0	0	75	1,8
36	A menudo se me olvida conseguir el medicamento antes que se me acabe.	-	11	46	21	0	0	78	1,9
PROMEDIO DE TENDENCIAS									1,8

Los pacientes involucrados en el estudio manifestaron entre otros, algunos comportamientos desfavorables para el éxito del tratamiento antiretroviral y hacen énfasis en el abandono del mismo debido a los efectos adversos producidos, sumado a esto la cantidad desproporcionada de medicamentos para consumir lo que dificulta su ingesta y por ende el olvido asociado al no conseguir el repuesto correspondiente, optando en la mayoría de casos por otros tratamientos alternativos, menos complejos y mas a la mano de los pacientes con VIH. La tendencia obtenida en promedio para esta variable fue de 1,8 señalando una tendencia completamente desfavorable para el desarrollo del proceso farmacológico.

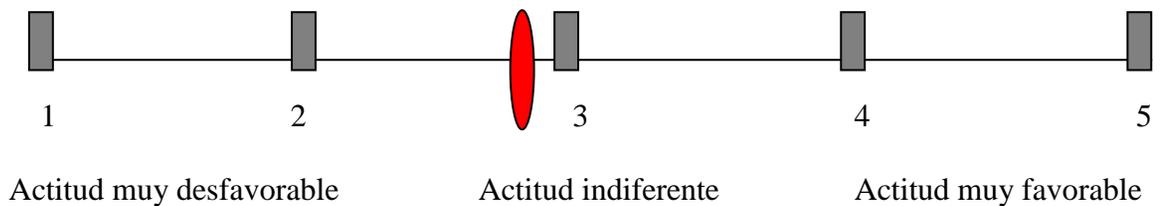
7.8. IDENTIFICACION DE LA ACTITUD DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH DE LA CIUDAD DE NEIVA FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

TABLA 34. Tendencia actitudinal de la escala de actitud frente al tratamiento antiretroviral.

Componentes Intensidad	Total Creencias	Total Sentimientos	Total Tendencias	Total Actitud
Muy favorables	4,2	4,3	4,1	4,2
Indiferentes	3,6	3,2	2,1	2,9
Muy desfavorables	1,8	1,7	1,8	1,8
Totales	3,2	3,0	2,6	2,9

Los anteriores datos identifican la tendencia actitudinal de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva frente al tratamiento con antiretrovirales, los cuales muestran una puntuación total de la suma de tendencias de **2,9** donde este resultado se obtiene tanto de la suma de los componentes como de la suma de su intensidad.

GRAFICA 6. Tendencia actitudinal de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva frente al tratamiento antiretroviral.



Así se evidencia de manera concreta la ubicación de las creencias sobre 3,2 donde este valor aunque resulta como actitud indiferente tiene una tendencia positiva, pero, al encontrar que los sentimientos se ubican sobre 3,0 y al tener en cuenta que estos dotan del carácter motivacional a la actitud sugiere entonces, que los sentimientos y emociones encontrados como indiferentes y ante la falta del carácter motivacional se espera que la actitud en total sea igualmente indiferente, por ende, el componente de las tendencias de comportamiento se encuentra en la escala de valoración actitudinal con una puntuación de 2,6 como indiferente con tendencia negativa frente al tratamiento antiretroviral.

8. DISCUSION DE RESULTADOS

Lo reportado por los profesionales que atienden en el programa de VIH/SIDA en el departamento del Huila, es cada vez un aumento de ingresos de pacientes en fase SIDA a urgencias y hospitalización por presencia de enfermedades oportunistas, los cuales señalan

que, o bien el tratamiento no es tan efectivo como lo manifiesta la comunidad científica o no hay adherencia al tratamiento, otorgando mayor peso al último.

Con base en los resultados obtenidos, se puede señalar de manera general la reacción evaluadora de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva que asisten a controles al Hospital Universitario hacia el medicamento antiretroviral, donde se encontró que la gran mayoría califican como actitud indiferente frente al tratamiento; aunque en cierta medida ésta presenta una tendencia a ser positiva en cuanto a la información y creencias favorables que poseen sobre el tratamiento, y por otro lado, toma una orientación neutra en el componente de los sentimientos y las emociones, donde éste resulta como determinante motivacional de las actitudes, por lo que se espera que al carecerse de este elemento las tendencias comportamentales se encuentren con orientación negativa, como lo muestran los resultados de esta investigación.

En los casos donde se conoce la actitud como positiva o negativa, puede llegar a predecirse en cierta medida la conducta, ya que siendo la actitud una valoración positiva o negativa frente a un objeto de actitud, esta puede reflejar la forma como interactúan, han interactuado o actuarán frente a este objeto de actitud, conociéndose además las otras influencias expresas que condicionan la presencia o no de la conducta. Sin embargo, al encontrar una actitud de indiferencia hacia el tratamiento antiretroviral este ejercicio predictivo de la tendencia actitudinal se ve imposibilitado por la falta de elementos de juicio suficientes puesto que al presentar ambos tipos de información positiva y negativa, podría quedar como al azar el tipo de respuesta que pueda presentarse dependiendo de las circunstancias que rodeen al sujeto.

Cuando se realiza un estudio de actitud se espera que los resultados presenten una tendencia positiva o negativa frente al objeto de actitud, siendo poco frecuente que al ser evaluadas éstas presenten una valoración de indiferencia o actitudes neutras. Sin embargo, Smith y Mc Kay⁷⁸, mencionan que existen ciertos mecanismos que permiten orientar las tendencias hacia uno de los polos de actitud evitando que se presente como en este caso actitudes neutras. En este sentido, los autores de esta investigación pretenden analizar los resultados obtenidos a la luz de estos mecanismos pretendiendo dilucidar en qué parte del proceso de la formación de actitudes se explica la presencia de este tipo de actitud.

Estos autores según sus investigaciones han establecido que existen tres mecanismos que todos los sujetos utilizan para lograr definir una reacción evaluadora positiva o negativa frente a un objeto de actitud. En primer lugar, la base de la información tiene usualmente una inclinación, es decir, estas deben seguir una orientación positiva o negativa; en segundo lugar, toda la información no se crea del mismo modo por cuanto las personas no otorgan el mismo peso a toda la información a la que tienen acceso, sino a aquella que resulta

⁷⁸ SMITH, Eliot R. MACKIE, Diane M. Psicología social. New York. USA, 1997. p. 272 – 273.

relevante y como verdadera para ellos; y en tercer lugar, la información accesible determina las actitudes, aquella información que fácilmente es recordada por los sujetos.

En el caso de la población encuestada en este estudio, la base de la información que forma las actitudes tiene ambas inclinaciones, pues, recibe no sólo una información con determinada orientación sino que es bombardeada constantemente con información de ambos tipos, tanto positiva como negativa. Por un lado se encuentra la información suministrada por el médico tratante, en este caso es el experto que les transmite información objetiva, confiable, con clara tendencia positiva puesto que lo que se busca es proporcionar claridad en la información y generar actitudes favorables para el tratamiento.

Por otro lado, estas personas reciben información del medio que puede o no ser ambivalente o reforzadora de la recibida por el médico tratante, en este sentido, estas personas pueden tener acceso a información sobre casos donde el tratamiento no ha demostrado ser efectivo, de otras personas que de acuerdo a sus propias experiencias con el medicamento hayan determinado abandonar el tratamiento por dificultades con los efectos adversos, las dosis y horarios o las demandas comportamentales que requiere este tipo de tratamientos. Así la presencia de ambos tipos de información genera ambivalencia en el establecimiento de una dirección positiva o negativa frente al tratamiento, ya que se le atribuye al medicamento características de efectividad frente al control de la carga viral, por ejemplo, y al mismo tiempo se le desconoce la misma efectividad con el paso del tiempo.

Otra posible causa de que se halle en esta investigación una actitud de tipo indiferente frente al tratamiento antiretroviral en la población encuestada, tiene que ver precisamente con las circunstancias que despiertan emociones, donde el individuo le atribuye importancia, relevancia y fiabilidad a la información afectiva tanto positiva, en cuanto a la reducción de la carga viral por ejemplo, como información afectiva negativa sobre los efectos adversos y la inefectividad del tratamiento, lo cual puede ser el factor clave, al encontrar en los resultados de esta investigación una tendencia neutra o indiferente en el componente motivacional de las actitudes.

Ahora bien, la actitud de indiferencia frente al tratamiento antiretroviral puede indicar no sólo que hay una falta de compromiso con respecto a la medicación prescrita por el médico, evidenciando inconformidad en la participación activa, la elección y el mantenimiento del régimen terapéutico, sino también, que no hay acuerdo en lo concerniente a la implicación y colaboración voluntaria ejercida por el sujeto, dadas las consideraciones anteriormente señaladas en la formación de este tipo de actitud.

Myer⁷⁹, señala que “sólo el individuo que sabe lo que cree y que entiende las implicaciones que tiene lo que cree con lo que hace, está en condiciones de poner sus opiniones en práctica”. Esto puede explicar el hecho de que en los resultados se aprecie ambivalencia en la inclinación que toma el sujeto cuando se le pregunta por su actitud frente al tratamiento antiretroviral. Es como si la información o creencias que posee no estuviesen lo suficientemente definidas o respaldadas por las experiencias que cada uno de ellos vive, a pesar de que la fuente principal es su propia experiencia. Por lo tanto, deberían presentar éstas un perfil más definido y estable a través del tiempo, más fácil de evocar y por ende, más resistente a las circunstancias que rodean el tratamiento.

Sin embargo, lo que se aprecia es que al variar la información o situación presentada, la valoración favorable o desfavorable cambia inmediatamente, tomando una valoración actitudinal de indiferencia al tratamiento antiretroviral. Por un lado, se le atribuye al medicamento antiretroviral las facultades de efectividad frente al control de la carga viral, pero igualmente, se reconoce como el principal causante de inconformidad en el tratamiento el hecho de presentar efectos adversos.

En este sentido, se ha encontrado en esta investigación que los pacientes en efecto poseen suficiente información sobre el tratamiento al cual están integrados y que sus creencias han sido formadas a partir de la suministrada por el médico durante la consulta y el contacto con información obtenida de las experiencias de otros, con el medicamento, así como el ambiente social que les rodea. Pero principalmente proviene del contacto directo con los medicamentos, que casi en el total de los casos desde un inicio se constituye en una experiencia aversiva debido a los efectos adversos. Por lo tanto, podría considerarse que se posee la información, más se carece de un proceso educativo necesario sobre los efectos negativos del tratamiento y su respectivo manejo, para producir en los pacientes los cambios requeridos y así lograr una percepción adecuada frente al tratamiento de manera más objetiva.

Este proceso educativo desde la psicología permite abordar desde la persuasión como el mecanismo apropiado para el cambio de actitudes, aunque en estos casos de actitudes neutras o indiferentes el proceso resulta más complicado que en los casos donde claramente se identifica tendencias negativas o positivas, lo cual hace especialmente necesario la presencia de un equipo interdisciplinario que aborde la atención del paciente de una forma integral, desde sus aspectos psicosociales hasta aspectos clínicos, nutricionales y educacionales.

Sin embargo, en estos casos donde resulta tan apremiante el abordaje terapéutico, no solo debe tenerse en cuenta el aspecto educativo sino también afianzar y fortalecer el carácter motivacional del paciente, como modo de apoyo en el afrontamiento y manejo de su tratamiento, esto debido a la dificultad presentada por ellos mismos durante las etapas de la

⁷⁹ MYERS, David G. Psicología Social. Editorial Panamericana. Madrid, 1991. p, 45 – 48.

enfermedad y las manifestaciones físicas dolorosas que suelen experimentar, como del aislamiento social al que están expuestos.

Esto debido a que es el componente afectivo el que reviste a la actitud de su carácter motivacional, así la obtención de resultados favorables para el tratamiento pueden alcanzarse en la medida en que se fortalezca la motivación y los vínculos socioafectivos del paciente, involucrándolo de nuevo de manera activa y funcional dentro de su entorno social, esto último mediante la formulación de estrategias como la creación de los grupos de apoyo, donde se afianzan relaciones interpersonales y se enriquecen a nivel emocional y cognitivo por medio del aprovechamiento de este espacio para exponer sus casos particulares y experiencias vividas frente al tratamiento, además de convertirse en una manera de complemento de nicho afectivo en los casos donde los pacientes carezcan de este.

ACERCA DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

El programa de VIH/SIDA de la secretaría de salud departamental carece del personal suficiente para la atención de la demanda de servicios. Sólo cuenta con un profesional médico encargado de brindar asesoría al paciente y su familia sobre la enfermedad y el tratamiento, conductas de autocuidado y calidad de vida, la información correspondiente al medicamento, toma de decisiones y la instauración de la adherencia al mismo, así mismo, se encarga de realizar el control médico, brindar seguimiento y tratamiento a enfermedades oportunistas. Actividades que se realizan durante la consulta médica que cuenta con el tiempo de 15 a 20 minutos otorgados por el sistema de salud para la consulta médica en las instalaciones del Hospital Universitario de Neiva.

Ante la ausencia de un equipo transdisciplinario el programa queda limitado en su atención a esta problemática, quedando por fuera de atención aspectos como el apoyo psicosocial al paciente y su familia, trabajo con la comunidad, las visitas domiciliarias de seguimiento y control de la adherencia al medicamento, así como conocer la problemática socioeconómica que viven estas personas que pueda estar interviniendo en un adecuado proceso de adherencia al tratamiento. Por lo cual, sin este trabajo social, el programa queda limitado al servicio que se puede prestar en la consulta y a la información que el paciente mismo proporcione, careciendo del suficiente control y vigilancia del comportamiento del VIH en la ciudad de Neiva, ya que los registros y bases de datos del programa difícilmente se puede actualizar en estas condiciones, así como hacer seguimientos a los mismos.

En este sentido, de manera indirecta en esta investigación se encontró que la información que tiene el programa sobre la población con VIH/SIDA de Neiva no está actualizada completamente, ya que no hay posibilidades de poner al día dicha información más allá de la que se presenta a consulta médica, y eso teniendo en cuenta que menos del 10% de la

población alguna vez registrada en el programa acude a consulta médica, por ende, se encuentra información incompleta, falsa o descontextualizada, donde por ejemplo, las direcciones de los pacientes registradas en las historias y base de datos del programa no coincide con la dirección real de los mismos; en los casos de cambios de residencia a otras ciudades nunca son actualizadas en los datos del programa, así como las muertes o decesos de usuarios, los cuales generalmente son reportados al programa mediante otros pacientes que coincidentalmente se han enterado y hacen el comentario en la consulta médica.

Estas entre otras son algunas falencias que tiene el programa a nivel de organización administrativa, que pueden dar cuenta de la necesidad que hay en cuanto a trabajo y apoyo psicosocial al paciente con VIH.

Sin embargo, ante la falta de recursos del estado para abordar esta problemática a través de tratamientos personalizados que permitan identificar situaciones concomitantes que puedan impedir una adhesión correcta, algunas instituciones y organizaciones no gubernamentales pretenden suplir dichas falencias en la atención psicosocial, aunque sólo cuentan con el recurso humano de unos pocos ante la magnitud del problema, como la ONG que participó de manera indirecta en esta investigación, la corporación Neivhida, la cual especialmente brinda apoyo psicosocial y con medicamentos a los menores con VIH que han quedado huérfanos de padres con VIH/SIDA.

9. CONCLUSIONES

1. Las creencias que intervienen favorablemente en el tratamiento antiretroviral y que se presentan con mayor intensidad en este estudio son las siguientes:
 - ✓ El medicamento antiretroviral reduce efectivamente la carga viral.
 - ✓ El cumplimiento de los horarios es fundamental para el éxito del tratamiento.
 - ✓ Si se deja de consumir el medicamento por un tiempo hay mayor riesgo de replicación viral.

2. Las creencias que intervienen de forma indiferente frente al tratamiento antiretroviral y que se presentan con mayor intensidad en este estudio son las siguientes:
 - ✓ Los efectos adversos de los antiretrovirales se pueden reducir si se toma el medicamento como lo señala el médico.
 - ✓ Los efectos adversos sólo se presentan al principio del tratamiento y luego desaparecen.
 - ✓ Es posible llevar a cabo las sugerencias del médico en cuanto a las dosis diarias.

3. Las creencias que intervienen desfavorablemente frente al tratamiento antiretroviral y que se presentan con mayor intensidad en este estudio son las siguientes:
 - ✓ Con el tiempo el medicamento antiretroviral ya no es efectivo frente al aumento de la carga viral.
 - ✓ Consumir medicamentos antiretrovirales por mucho tiempo es perjudicial para la salud.
 - ✓ El tratamiento antiretroviral no se afecta demasiado cuando dejas de tomar una dosis en el día.
 - ✓ Lo que realmente ayuda a disminuir la carga viral es un estilo de vida saludable más que el medicamento antiretroviral.
 - ✓ Los efectos adversos hacen que las personas no tomen el medicamento.
 - ✓ Cumplir completamente las recomendaciones del médico es algo muy difícil de lograr.

4. Los sentimientos que intervienen favorablemente frente al tratamiento antiretroviral y que se presentan con mayor intensidad en este estudio son las siguientes:
 - ✓ Agrado al comprobar que el medicamento ha controlado la replicación viral.
 - ✓ Aceptación de tomar cumplidamente las dosis diarias del medicamento porque es importante para que el tratamiento funcione.
 - ✓ Sensación agradable o gratificante al experimentar pocos efectos adversos.

5. Los sentimientos que intervienen de forma indiferente frente al tratamiento antiretroviral y que se presentan con mayor intensidad en este estudio son las siguientes:
 - ✓ Motivación para continuar el tratamiento, aunque se experimente efectos adversos del medicamento.
 - ✓ Tranquilidad cuando se ha faltado en la toma de una de las dosis del día.
 - ✓ Sentirse animado tomando medicamentos antiretrovirales, porque han escuchado que es el mejor tratamiento.
 - ✓ Ánimo continuo al tomar el medicamento.

6. Los sentimientos que intervienen desfavorablemente frente al tratamiento antiretroviral y que se presentan con mayor intensidad en este estudio son las siguientes:
 - ✓ Miedo de que el medicamento sea inefectivo frente a la replicación viral.
 - ✓ Desánimo para continuar el tratamiento cuando se experimenta efectos adversos del tratamiento.
 - ✓ Desmotivación cuando se escucha que a otra persona no le ha servido el medicamento.
 - ✓ Deseo constante de abandonar el medicamento por los efectos adversos que presenta.
 - ✓ Sensación de desagrado cuando se acerca la hora de tomar el medicamento antiretroviral.

7. Las tendencias de comportamiento que intervienen favorablemente frente al tratamiento antiretroviral y que se presentan con mayor intensidad en este estudio son las siguientes:
 - ✓ Tomar el medicamento antiretroviral porque es la única opción de tratamiento con buenos resultados.
 - ✓ Recordar fácilmente la hora y cantidad de pastillas que debe tomar al día.
 - ✓ Acudir a revisión médica mínimo cada seis meses para control de la carga viral.
 - ✓ Estar pendiente de conseguir el repuesto del medicamento antes que se acabe.

8. Las tendencias de comportamiento que intervienen de forma indiferente frente al tratamiento antiretroviral y que se presentan con mayor intensidad en este estudio son las siguientes:

- ✓ Continuar con actividades de vida social igual así experimente efectos adversos.
 - ✓ Acostumbrarse a los malestares que genera al principio el medicamento.
 - ✓ Dejar de asistir a reuniones con amigos por los efectos adversos que produce el medicamento.
9. Las tendencias de comportamiento que intervienen desfavorablemente frente al tratamiento antiretroviral y que se presentan con mayor intensidad en este estudio son las siguientes:
- ✓ Buscar tratamiento alternativo en lugar de consumir medicamentos antiretrovirales.
 - ✓ Dejar de tomar el medicamento por un tiempo mientras pasan los efectos adversos.
 - ✓ Tener dificultad para recordar tomar tantas pastillas al día.
 - ✓ Conformarse con la información que el médico le suministra sobre el tratamiento.
 - ✓ Olvidar conseguir el medicamento antes que se acabe.
10. La actitud de las personas que viven con VIH de la ciudad de Neiva frente al tratamiento antiretroviral califica en esta investigación como actitud indiferente frente al tratamiento.
11. La información o creencias que poseen aparecen como si no estuviesen lo suficientemente definidas o respaldadas por las experiencias que cada uno de ellos vive, a pesar de que la fuente principal es su propia experiencia.
12. Al variar la información o situación presentada, la valoración favorable o desfavorable cambia inmediatamente, sugiriendo una valoración actitudinal de indiferencia al tratamiento antiretroviral.
13. La educación, la información clara y sencilla y especialmente el involucrar no sólo la participación del paciente sino también la responsabilidad que le compete en el éxito del tratamiento, son herramientas facilitadoras de una buena actitud frente a cualquier tratamiento.
14. La ausencia de un equipo interdisciplinario en el programa VIH/SIDA de la secretaría de salud departamental limita su atención a esta problemática.

15. Las personas que viven con VIH tienden a manifestar una actitud positiva frente al tratamiento antiretroviral solamente al inicio del mismo, pues ellos tienen la creencia que con el pasar del tiempo el medicamento ya no es efectivo frente a la carga viral.
16. El hecho de que en esta investigación tan sólo 41 sujetos hayan participado, evidencia que hay poca adherencia al tratamiento antiretroviral, pues es importante el control médico para el sostenimiento de la adherencia al medicamento.
17. Dependiendo de las circunstancias psicosociales del paciente con VIH debe estudiarse con él mismo el inicio y seguimiento del tratamiento, de tal manera que pueda ajustarse a las demandas del medicamento.

RECOMENDACIONES

- En primer lugar, los profesionales que atienden poblaciones con las características señaladas en esta investigación pueden tener en cuenta los elementos expuestos anteriormente, posibilitando de esta manera reorientar las estrategias de trabajo bajo la comprensión de que al existir una valoración actitudinal de indiferencia frente al tratamiento antiretroviral muy seguramente los resultados esperados puedan verse limitados a respuestas al azar por las mismas consideraciones ambivalentes ante la falta de una orientación definida, ya sea positiva o negativa. Para ello es necesario realizar una previa identificación de la actitud que presenta el paciente para así determinar el procedimiento acorde a las expectativas y necesidades del mismo.
- En la atención a pacientes con VIH en el programa de VIH/SIDA se recalca de manera urgente la formación de un equipo interdisciplinario de especialistas en el tema, que propenda por la participación activa de los pacientes y al mismo tiempo asegure la voluntad y el compromiso personal del paciente, así que se sugiere al programa la conformación de este, pues las acciones se pueden estar desperdiciando por falta de mayor cooperación y apoyo en otros profesionales, así mismo tener en cuenta la vinculación de apoyo familiar y social del que disponga el paciente. Su ausencia deja por fuera de atención aspectos como el apoyo psicosocial al paciente y su familia, trabajo con la comunidad, las visitas domiciliarias de seguimiento y control de la adherencia al medicamento, así como conocer la problemática socioeconómica que viven estas personas que pueda estar interviniendo en un adecuado proceso de adherencia al tratamiento
- Así, dentro del equipo interdisciplinario que atiende a personas con VIH, debe encontrarse como es obvio el profesional en el área psicológica que aborde y acompañe al paciente desde incluso antes del diagnóstico e inicio de tratamiento con antiretrovirales, donde se pueda realizar de manera previa una valoración actitudinal, permitiendo definir más claramente la tendencia positiva, negativa o neutra del paciente como predisposición del mismo frente al medicamento, para así desarrollar las estrategias o parámetros necesarios para el establecimiento de un adecuado compromiso por parte del paciente en el tratamiento antiretroviral.
- En este sentido, el profesional en el área de la psicología que maneje este tipo de problemática tiene a su disposición el conocimiento que aporta esta investigación, con lo cual, puede hacer uso de las técnicas de persuasión, para tratar de influir en los sujetos para el desarrollo de nuevas actitudes que beneficien la adherencia al tratamiento antiretroviral. Así, el psicólogo empezaría aportando información cognitiva, pero igualmente posibilitando la generación de respuestas de tipo afectiva o conductual acorde con la actitud que sería la apropiada que el paciente desarrolle, la cual producirá cambios más duraderos que se dejarán afectar menos por la

presencia de información nueva, es decir, el psicólogo puede ayudar a crear actitudes tanto persistentes como resistentes.

- También desde el área psicológica se puede contribuir al mejoramiento de las condiciones alrededor del tratamiento antiretroviral, entre ellas, el fortalecimiento de los canales de comunicación entre el equipo interdisciplinario, el paciente y su familia. Así mismo, en los casos donde el paciente carezca de un nicho afectivo necesario para el apoyo motivacional, se hace necesario la creación y fortalecimiento de vínculos afectivos y mejoramiento de las relaciones interpersonales a través de la formación de grupos de autoapoyo como eje fundamental de intervención no sólo desde lo individual sino en el involucrar al paciente en su entorno social disminuyendo las probabilidades de aislamiento y posibilitando que estas estrategias mejoren los índices motivacionales de afrontamiento de la enfermedad y el tratamiento.
- Por otro lado, de acuerdo a los resultados es necesario tener en cuenta para el desarrollo de investigaciones a futuro, realizar otros estudios de mayor profundidad en el tema, para así llegar a un análisis más profundo en cuanto a la actitud de los pacientes con VIH/SIDA frente a los antiretrovirales. Igualmente, se recomienda a la comunidad investigativa, que la actitud al ser tan sólo uno de los factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento antiretroviral, puede ser modificada por la presencia de otros factores asociados como la perspectiva de vida, personalidad, los sociodemográficos, entre otros, que darían cuenta de aspectos no tenidos en cuenta en esta investigación con la misma población.
- Igualmente, resultaría interesante contrastar los resultados obtenidos en esta investigación con otras, pero llevadas a cabo con personas que viven con VIH y que están afiliadas al régimen contributivo y en el sector privado debido a que estos manejan políticas diferentes tanto a nivel institucional como terapéutico que podrían ser factores asociados a alta o baja adherencia al tratamiento antiretroviral y de ser positivas podrían ser implementadas en el régimen subsidiado, o al menos ser tenidas en cuenta.

BIBLIOGRAFIA

DE CANALES, Francisca H. y Otros, Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Noriega Editores. México 1997.

DELGADO, María Consuelo. CABRERA, Esperanza, y Otros. Investiguemos, Universidad Surcolombiana. Neiva, 1998.

DOMINGO Solans E; LÓPEZ Galíndez D, Coordinación Resistencia a los fármacos antiretrovirales. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid España, 1997.

FERNANDEZ RODRÍGUEZ, Concepción. La adhesión a los tratamientos terapéuticos. Universidad de Oviedo. Marzo de 1993.

FOX, J David. Investigación descriptiva. Ediciones Universidad de Navarra. Pamplona. 1981.

GAITÁN, J.A; PIÑUEL, J.L. Técnicas de Investigación en Comunicación Social. Elaboración y Registro de Datos. España: Síntesis, 1998.

GARRET, Henry E. Estadística en psicología y educación. Paidós. Buenos Aires, 1974.

GONZALEZ, Enrique. Adherencia al tratamiento. Hospital Militar Central. Santa Fe de Bogotá. 1998.

Guía de Atención del VIH/SIDA, la cual hace parte de la resolución No 00412 de 2000. Tomado de: <http://www.saludcolombia.com/actual/html/normal/ntsida.htm>.

HERNÁNDEZ Sampieri, R. y Otros, Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill, 1991.

KERLINGER, Fred N. Investigación del comportamiento. México; McGraw-Hill, 1998.

LOZANO M, Piedad P. Manual de aspectos básicos sobre la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el Sida. Copyright Fundación el buen samaritano, Pereira Risaralda, 1995.

Ministerio de salud. Asesoría en Infección por VIH/SIDA. Santa Fe de Bogotá. 1992.

Ministerio de salud. Guía de atención del VIH/SIDA. Santa Fe de Bogotá, 2000.

MORALES J, Francisco. Psicología Social. Mc Graw-Hill. España, 1994.

MYERS, David G. Psicología Social. Editorial Panamericana. Madrid, 1991.

OROZCO MONTOYA, Guillermo. Tu familia, la mejor inversión. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana. Bogotá, 1995.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. México: McGraw-Hill, 1997.

Revista INdetectable. Tomado de: Sitio web_indetectable\index.htm
http://www.indetectable.org indetectable@hotmail.com Bogotá-Colombia.

RICCI BITTI, Pio E, y ZANI, Bruna. La comunicación de las emociones. En: La comunicación como proceso social. México, Editorial grijalbo, 1990.

SANCHEZ TARRAGO, Nancy. Régimen antiretroviral con Inhibidores de Proteasa para infecciones por VIH. La Habana Cuba. Octubre 28 de 1999.

SIERRA, Carolina. Actitud frente a su sexualidad en jóvenes estudiantes de la Universidad surcolombiana de Neiva, según género y actividad sexual. Neiva, 2002. Tesis (psicólogo). Universidad Surcolombiana. Facultad de salud. Programa de psicología.

SIMON, Miguel Angel. Manual de Psicología de la Salud. Madrid, 1999.

SMITH, Eliot y MACKIE, Diane; Psicología social. Madrid: Panamericana S.A, 1997.

VELASQUEZ DE V, Gloria y GOMEZ A, Rubén Darío. Fundamentos de Medicina. SIDA. 1993.

Website: HYPERLINK "http://www.projectinform.org" www.projectinform.org.
HYPERLINK "http://projectinforms" <http://projectinforms>. Estrategias de terapia contra el VIH/SIDA/información.htm.

ANEXOS

ANEXO A. Cuestionario de actitud

CUESTIONARIO DE ACTITUD

El siguiente es un cuestionario que tiene como objetivo identificar la actitud de las personas que viven con VIH frente al tratamiento antiretroviral.

La información que se recoja es confidencial, anónima y su uso será exclusivamente para los fines investigativos por los cuales ha sido construido, por lo tanto los autores solicitan la mayor sinceridad posible en sus respuestas y agradecen su participación al diligenciar los datos que se solicitan a continuación.

I. INFORMACION GENERAL

- Edad: _____
- Género: Masculino_____ Femenino_____
- ¿Consume medicamentos antiretrovirales? a. Sí. b. No.
(Si marcó SI, continúe con las siguientes preguntas; si marcó NO, pase al bloque II)
- ¿Cuál es la dosis diaria del medicamento que debe consumir?

- ¿Hace cuanto tiempo (en meses o años) se encuentra en tratamiento con antiretrovirales?

II. ACTITUD FRENTE AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

Las siguientes afirmaciones son opiniones Con las que algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo sobre el tratamiento antiretroviral, en las cuales usted debe marcar con una X, qué tan de acuerdo está usted con cada una de estas opiniones, teniendo en cuenta las siguientes convenciones:

MA: Muy de acuerdo.
A: De acuerdo.

IN: Indeciso.

DSA: En desacuerdo.
MDA: Muy en desacuerdo.

Nº	ITEM	MA	A	IN	DSA	MDA
1	Considero que el medicamento antiretroviral reduce efectivamente la carga viral.					
2	Creo que los efectos adversos de los antiretrovirales se pueden reducir si se toma el medicamento como lo señala el médico.					
3	Para el éxito del tratamiento el cumplimiento de los horarios es fundamental.					
Nº	ITEM	MA	A	IN	DSA	MDA

4	Es agradable comprobar que el medicamento ha controlado la replicación viral.					
5	Aunque en algunos momentos experimente efectos adversos del medicamento me siento motivado para continuar el tratamiento.					
6	Acepto tomar cumplidamente las dosis diarias del medicamento porque es importante para que el tratamiento funcione.					
7	Me tomo el medicamento antiretroviral porque es la única opción de tratamiento con buenos resultados.					
8	Me he acostumbrado a los malestares que genera al principio el medicamento.					
9	Recuerdo fácilmente la hora y cantidad de pastillas que debo tomar al día.					
10	Creo que con el tiempo el medicamento antiretroviral ya no es efectivo frente al aumento de la carga viral.					
11	Creo que consumir medicamentos antiretrovirales por mucho tiempo es perjudicial para la salud.					
12	Creo que el tratamiento antiretroviral no se afecta demasiado cuando dejo de tomar una dosis en el día.					
13	Me da miedo que el medicamento sea inefectivo frente a la replicación viral.					
14	Cuando experimento efectos adversos del medicamento me desanimo para continuar el tratamiento.					
15	Puedo estar tranquilo aún cuando sé que no he tomado una de las dosis del día.					
16	He decidido buscar otro tratamiento alternativo en lugar de consumir medicamentos antiretrovirales.					
17	Dejo de tomar el medicamento por un tiempo mientras me pasan los efectos adversos.					
18	Tengo dificultad para recordar tomar tantas pastillas al día.					
19	Pienso que si se deja de consumir el medicamento por un tiempo hay mayor riesgo de replicación viral.					
20	Los efectos adversos sólo se presentan al principio del tratamiento y luego desaparecen.					
21	Pienso que es posible llevar a cabo las sugerencias del médico en cuanto a las dosis diarias.					
22	Me siento animado tomando medicamentos antiretrovirales, porque he escuchado que es el mejor.					
23	Resulta gratificante experimentar pocos efectos adversos.					
24	Me siento siempre motivado al tomar el medicamento.					
25	Acudo a revisión médica mínimo cada seis meses para control de la carga viral.					
26	Continúo con mi vida social igual, así el medicamento me produzca efectos adversos.					
Nº	ITEM	MA	A	IN	DSA	MDA

27	Estoy al pendiente de conseguir el repuesto del medicamento antes que se me acabe.					
28	Lo que realmente ayuda a disminuir la carga viral es un estilo de vida saludable más que el medicamento antiretroviral.					
29	Creo que los efectos adversos hacen que las personas no tomen el medicamento.					
30	Creo que cumplir completamente las recomendaciones del médico es algo muy difícil de lograr.					
31	Cuando escucho que a otra persona no le ha servido el medicamento me siento desmotivado.					
32	Constantemente quiero abandonar el medicamento por los efectos adversos que presenta.					
33	Es desagradable cuando se acerca la hora de tomar el medicamento antiretroviral.					
34	Me conformo con la información que el médico me da sobre el tratamiento.					
35	Dejo de asistir a reuniones con amigos por los efectos adversos que me produce el medicamento.					
36	A menudo se me olvida conseguir el medicamento antes que se me acabe.					

GRACIAS POR SU PARTICIPACION EN ESTE ESTUDIO!