

# **CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS JÓVENES CON VIH/SIDA NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL REGIÓN COSTA**

## **QUALITY OF LIVING OF YOUNG ADULTS WITH HIV/AIDS NON ADHERENTS THE ANTIRETROVIRAL TREATMENT COASTAL REGION**

*Maria D. Enireb García<sup>1</sup>, Patricia Mite Andrade<sup>2</sup>, Andrea Aspiazú<sup>1</sup>, Mariana Gonzales<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas teléfonos: 2807945-0999768268, E-Mail: Maria@Yahoo.Com*

*<sup>2</sup> Departamento de Consejería, Hospital de Infectología, Ministerio de Salud*

### **RESUMEN**

La incorrecta adherencia al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual es producto de una deficiente calidad de vida que conduce a la muerte prematura; este fenómeno global afecta ética y moralmente al individuo, familia, entorno y al Estado. Ante este escenario se propone “establecer los hábitos saludables que deben mantener los adultos jóvenes con VIH/SIDA no adherentes al Tratamiento Antirretroviral (TARV), dirigido a la prevención de enfermedades oportunista. Si se “diseña un Protocolo Terapéutico con dimensión integral y asertivo, las personas no adherentes al tratamiento antirretroviral se incorporan a los programas de farmacovigilancia. El Proyecto fue multidisciplinario y multifactorial. El Protocolo Terapéutico comprende: a) Cuestionarios y Encuestas (se utilizó fórmula KR-20 para medir consistencia interna), b) Apoyo psicológico, c) Consejería, d) Educación Terapéutica, e) Estrategia telefónica, f) Terapia del Lenguaje. Se trabajó 7 meses con 69 pacientes, de un universo de 232 reportados como no adherentes, de edades comprendidas entre 19 y 41 años y de estrato socio-económico bajo o viviendo en extrema pobreza. El programa de farmacovigilancia del Hospital de Infectología “José Rodríguez M.”, verificó luego de dos meses de la última actividad que el 93,8% retiró la medicación.

**Palabras Clave:** VIH/SIDA. Tratamiento antirretroviral. Protocolo Terapéutico. Locus Control.

## SUMMARY

The wrong adherence to sexual transmitted diseases treatment is due to a poor quality of life that leads to a premature death. This global phenomenon affects the individual, family, the environment and the State in ethical and moral manners. Therefore, it is recommended to establish the healthy habits that young adults with HIV/AIDS non adherents to the antiretroviral treatment must maintain, in order to prevent added. If we develop a Therapeutic Protocol with integral and assertive dimensions, patients non adherents to the antiretroviral treatment can be incorporated in pharmacologic vigilance programs.

The Intervention Project was multidisciplinary and multifactorial. The Therapeutic Protocol: a) Questionnaires and surveys (KR-20 formula was used to measure internal consistency). b) Psychological Support. c) Counseling. d) Therapeutic Education. e) Telephone Strategy. f) Language Therapy. 69 patients were monitored among 232 individuals reported as non adherents, between 19 and 41 years of age, from a low social economical segment or living under extreme poverty. The pharmacological vigilance program from the José Rodríguez M. Infectology Hospital confirmed that 93.8% of the patients adhered to the treatment after the second month of activity.

**Key words:** HIV/AIDS. Non-adherent to antiretroviral treatment. Protocolo terapéutico. Locus Control

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, OMS (2004) el mayor índice de discapacidad y muerte en todo el mundo se debe a las enfermedades crónicas. Más del 57% de todas las muertes producidas anualmente, aproximadamente 77 millones, son a causa de estos males, afectando un 46% de la carga global de todas las enfermedades. Lo más alarmante es que el 80% afectan a las personas que comprenden el rango de los 30 a los 69 años de edad, especialmente en los países en vías de desarrollo. En el caso del VIH/SIDA, la adherencia requerida se ha correlacionado con la efectividad del tratamiento antirretroviral y han puesto de manifiesto que un porcentaje cercano al 50% de los pacientes no sigue las indicaciones terapéuticas, datos coincidentes con lo observado en otros tratamientos de larga duración, según la OMS (2004).

En el año 2007, el Ministerio de Trabajo del Ecuador publica que existen alrededor de 40 millones de PVVS (Personas que Viven con VIH/SIDA), de los cuales 36 millones son económicamente activas. Este problema de salud pública, es consecuencia del alto índice de pobreza e injusticia social, que ocasiona

la aglomeración en los grandes centros urbanos desposeídos de una eficiente infraestructura ambiental, privación cultural y más.

La población ecuatoriana de PVVS registrada desde 1984 a 2009 era de 21 810, de ella 14 733 son casos de VIH y 7 037 casos de sida, según MSP (2011). De acuerdo al reporte del MSP/UNISIDA (2009) y Coalición Ecuatoriana de PVVS (2010) entre los años 2008 y 2009 se da un incremento marcado del 40% del total de casos de VIH/SIDA (3 149 y 4 041 respectivamente). Para el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2008) (2011), la proyección real, ascendería a los 40 mil, -población oculta-, debido a que el virus puede tardar años en presentar síntomas de alerta que motiven a la PVVS a practicarse una prueba, más aún, hasta el momento no se conoce con certeza la magnitud del número de PVVS debido a deficientes estudios relacionados con la población más expuesta como es el caso de hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y personas privadas de la libertad, además por el débil sistema de salud imperante, existen zonas donde no llegan programas de prevención y detección.

En el país, la epidemia se la considera como “concentrada”, con tendencia al incremento. Datos más recientes revelan que por los años 2008 y 2009, el grupo de personas entre 20 y 44 años continúa siendo el segmento poblacional más afectado, según Gonzenmüller (2010) y para el Estado ha significado un egreso de 58 millones de dólares. El Plan Nacional para el Buen Vivir, es el instrumento base en la gestión gubernamental hasta el año 2013, para dar respuesta al VIH-SIDA. A nivel internacional, los principios rectores de mayor importancia son: los **Objetivos de Desarrollo del Milenio – ODM** -en cuyo Objetivo 6, se plantea como meta “*Haber detenido y comenzado a reducir para el 2015, la propagación del VIH-SIDA*”- y la **Declaración de UNGASS 2001** en la que se recogen los compromisos a los que adhirió el Estado Ecuatoriano al unirse a la Acción Global para atacar la Crisis mundial generada por la pandemia del VIH/SIDA.

De los casos registrados de VIH/SIDA por el Programa Nacional de Salud, para el 2009 son de 1 295 (SIDA) y 4 041 (VIH). La provincia del Guayas (3,6 millones hab.) continúa siendo la más vulnerable,(2 329 casos notificados) con el 58%, MSP (2011). En el 2010 se atendió a 2 367 PVVS en el Hospital de Infectología (H.I.); de los cuales se notificó 239 casos de PVVS no adherentes residentes en seis cantones, motivo suficiente para resolver este problema que acarrea infección grave añadida o mortalidad prematura.

El H.I. “José D. Rodríguez M.”, es el núcleo del ejercicio de las actividades terapéuticas, ubicado en la ciudad de Guayaquil (2,6 millones de hab.); el nosocomio atendió hasta mediados del presente año (2012) a las PVVS, de toda la Región Costa. La concentración de atención del VIH/SIDA y otras

patologías, generó el colapso en el servicio hospitalario; además la carencia de programas para enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, fuera de la urbe y no disponer de suficiente personal y recursos económicos para el traslado a las regiones courbanas, donde habitan las PVVS, instó a las autoridades del H.I. aceptar la propuesta de la Universidad de Guayaquil, respecto a la puesta en marcha del Proyecto.

Esta constelación de factores justificó la necesidad de “Establecer los hábitos saludables que deben mantener los adultos jóvenes con VIH/SIDA no adherentes al Tratamiento Antirretroviral (TARV), dirigido a la prevención de enfermedades oportunistas”, a través de metas como: Establecer y aplicar modelos de adherencia al TARV; diseñar un Protocolo de Adherencia al TARV, que tenga impacto en la muestra seleccionada; verificar la funcionalidad del Protocolo y difundirlo entre usuarios e interesados.

Propósitos que responden al objeto de estudio: las PVVS, no adherentes al TARV, más aún, si el grupo etario 19 a 41 años se encuentra en la etapa más productiva del desarrollo humano -la adultez temprana-, estado que incrementa los niveles de pobreza y revierte las posibilidades para alcanzar transformaciones sociales, situación que se torna cruel y dolorosa cuando el infectado contrae infecciones añadidas o acaba con muerte prematura. Otro aspecto considerado es la forma de transmisión: las relaciones sexuales penetrativas, que ocurren en el 96,9%, de infectados, MSP/ONUSIDA (2008), hecho que la convierte en *la epidemia de la sexualidad*. La muestra del Proyecto registró una frecuencia del 100%. infectados por esta causa.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El Proyecto acoge el modelo SALUTOGÉNICO propuesto por el Programa de Asistencia Médica Internacional América Latina, (2006). La aplicación del proceso - atención, se apunta en los postulados de la Psicología de la Salud y en principios ético-humanista y solidarios, que contemplan a la salud no como una mercancía, sino como un derecho humano inalienable y sobre todo, dimensiona su praxis en la consigna: *Dignatatis humanae*, el ser humano merece ante todo y por encima de todo “amor y respeto”; con este marco se elabora el Protocolo terapéutico para PVVS no adherentes al TAV, que responde a la necesidad de dar respuesta al problema de la no adherencia y mejorar los hábitos de vida de las PVVS, sobre todo cuando existe un escenario catastrófico como el observado desde el inicio de la investigación: del grupo etario seleccionado -60 pacientes-, 5 habían fallecido, y en el transcurso de la investigación murieron 6 infectados más; realidad suficiente para intervenir en los problemas que aquejan a nuestros

conciudadanos, a través de la propuesta: *Si se diseña un protocolo terapéutico con dimensión integral y asertiva las PVVS, no adherentes al TARV logran incorporarse al programa de farmacovigilancia, intención que conduce a “ Presentar estrategias de promoción de la salud que incentiven en las PVVS, la necesidad de un locus control capaz de preservar su vida y la de los demás, a través de implementar estrategias contundentes, asertivas y permanentes que contribuyan a disminuir la baja adherencia y conduzcan a las PVVS a la necesidad de incorporarse a los programas de farmacovigilancia y, por último, verificar el Protocolo y difundirlo como método confiable para motivar a personas con enfermedades crónicas que incurrir en abandonar tratamientos, se adhieran a los programas terapéuticos para mejorar su calidad de vida”.*

### **Factibilidad de Aplicación del Protocolo**

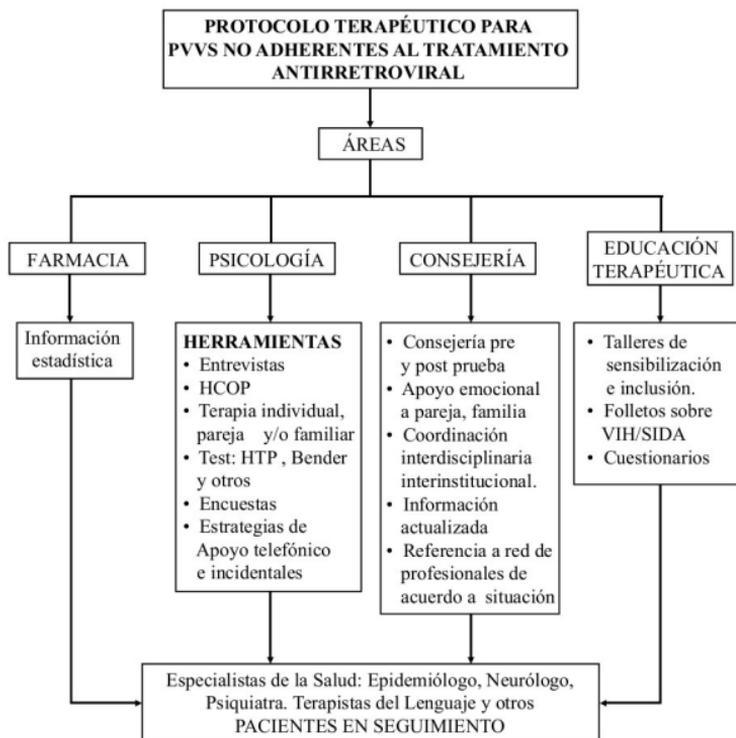
Es factible si los profesionales aplican el modelo Salutogénico; se proporcione recursos económicos suficientes; espacios adecuados para realizar las actividades en el lugar donde residen los pacientes para no alejarlos de su entorno; de esta manera se contribuye en superar el estigma, exclusión y discriminación. Se debe gestionar y promocionar alianzas con grupos interdisciplinarios con ONGs, CEPVVS, y otros, ubicados en cada localidad.

### **Herramientas y Desempeños Terapéuticos**

Se aplicó: 1) La Historia Clínica Orientada en Problemas. 2) Test Proyectivo de Louis Corman. Casa, Árbol. Persona. 3) Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender. 4) Test de Alexander Luria y junto al diagnóstico y apoyo psicológico para el paciente y su familia, se añade el tratamiento en Terapia del Lenguaje (Anexo1). No se incluye diagnóstico médico secundario a su condición inmunodeficiente- infecciones añadidas-, ni el escenario cognitivo, -analfabetismo funcional- que como consecuencia de la privación cultural y/o secuelas de enfermedades oportunistas, aqueja a un 85% de la muestra investigada. La Educación Terapéutica se estructura en base a los señalamientos otorgados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)<sup>2007</sup> y la Red de Prevención en Respuesta al VIH-SIDA, regentado por la Municipalidad de Guayaquil.

### **Formas de Seguimiento: Actividades**

**Primer trimestre.** Estudiada la Historia Clínica, se selecciona 60 PVVS, de los cantones Daule, Milagro, Santa Elena, La Libertad y Salinas, de los cuales 5 habían fallecido, 22 no se encontró y 14 desistieron; 19 continuaron el Protocolo, después se sumó 50 pacientes. Luego de la entrevista inicial y firmada la Hoja



de Consentimiento, se aplicó la encuesta Cognitiva-Ecológica, Morán (1993), para valorar la calidad de vida relacionada al ambiente socio-cultural y laboral (Anexo 1). Concomitantemente, se realizó Consejería, Terapia Psicológica y del Lenguaje, Estrategia Telefónica e Incidentales (transporte, vituallas y otros), durante 6 meses.

**Segundo Trimestre.** El Taller de Sensibilización e Inclusión fue elaborado para sintetizar la Educación Terapéutica requerida en casos de no adherencia y para evaluar, mediante un cuestionario, los conocimientos sobre VIH/SIDA. Un grupo de 45 estudiantes de la ciudad de Milagro, sirvió de control para corroborar que la charla y encuesta estaban elaboradas en términos de fácil comprensión. Posteriormente se impartieron los talleres a 27 PVVS (Grupo A) y a 34 personas relacionadas con PVVS (Grupo B). A los Talleres asistieron un total de 106 personas.

## RESULTADOS

Los datos analizados y los resultados del estudio son obtenidos de 48 PVVS no ATARV (Cuadro 1) domiciliados en los cantones Milagro (36%), Guayaquil (21%), Durán (8%) y Daule (8%), provincia del Guayas; el restante 27% se distribuyó entre los cantones Santa Elena, La Libertad y Salinas de la provincia de Santa Elena.

**Cuadro 1. Descripción general de la muestra, 48 pacientes no ATARV.**

	x= 19	4,2%
Edad (frecuencia)	20<x<30	60,4%
	30<x40	33,3
	x>40	2,1
Sexo	Hombres	70,8%
	Mujeres	29,2%
Escolaridad	Ciclo básico*	85,4%
	Bachillerato	8,3%
	Superior**	6,3%
Ambiente cultural	Nocivo	41,7%
	Poco saludable	52,1%
	Saludable	6,2%
Religión	Evangélica	64,6%
	Católica	31,2%
	Ateo	4,2%

\* El 60% cursaron estudios de primaria y el 25,4% llegaron hasta el décimo año básico

\*\* Sólo uno egresó de estudios universitarios.

### Cuestionario Conocimientos sobre VIH/SIDA

Destinado al grupo de PVVS no adherentes, allegados y personas que asistieron a Talleres de Sensibilización e Inclusión. Se aplicó a 61 personas el cuestionario de Evaluación sobre Conocimientos de VIH/SIDA. A las nueve preguntas tabuladas (Cuadro 2) se midió la fiabilidad y consistencia interna mediante la fórmula 20 de Kuder Richardson (KR-20), calculado por su equivalente el coeficiente alfa de Cronbach con el programa para estadística SPSS 20. La confiabilidad del cuestionario fue 0.7 (Cuadro 3 y 4), considerado como un valor de fiabilidad aceptable para interpretar los conocimientos de los grupos evaluados.

Se describen dos grupos: Grupo A, 27 pacientes no adherentes y Grupo B, conformado por familiares y demás asistentes a talleres.

**Cuadro 2. Cuestionario de Conocimientos sobre VIH/SIDA**

Preguntas	Grupo A		Grupo B	
	Acertado	No acertado	Acertado	No acertado
1. El VIH es una enfermedad	56%	44%	65%	35%
2. El SIDA es causado por un virus	70%	30%	68%	32%
3. El VIH afecta al sistema inmune bajando las defensas del organismo	78%	22%	62%	38%
4. Puede infectarse si mantiene relaciones sexuales con una persona infectada sin usar preservativo adecuadamente	93%	7%	79%	21%
5. Si comparte jeringuillas tiene riesgo de infección	85%	15%	91%	9%
6. Se puede infectar por transfusión con sangre infectada con el virus	96%	4%	94%	6%
7. Anticonceptivos orales protegen de virus VIH	89%	11%	88%	12%
8. Tratamientos actuales mejoran calidad de vida de PVVS	96%	4%	82%	18%
9. No existe cura para el SIDA	70%	30%	65%	35%

**Cuadro 3. Resumen del procesamiento de los casos**

	N	%
Válidos	61	100,0
Casos Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	61	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Cuadro 4. Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,741	,757	9

El test Mann Whitney aplicado para evaluar homogeneidad entre los aciertos de los grupos tratados, refleja que el promedio de los grupos A ( $81 \pm 13,9$ ) y B ( $77 \pm 12,4$ ) no presentaron diferencias estadísticas ( $p > 0,05$ ). A pesar de la amplia desviación estándar, la tendencia de homogeneidad se mantiene al dividir el cuestionario en tres segmentos: Preguntas generales sobre el VIH/SIDA (1-3), preguntas relacionadas a las formas de infección (4-7) y preguntas sobre importancia del tratamiento antirretroviral en la calidad de vida del PVVS (8-9). Esta homogeneidad entre los grupos tratados puede ser explicada por la similitud de contenido y calidad de psicoterapia, consejería y educación terapéutica impartida, además por la forma de captación de los asistentes (Cuadros 5 y 6). Se destaca el porcentaje promedio de aciertos en el segundo segmento de preguntas aplicado a los PVVS ( $90,8 \pm 4,78$ ), con este resultado se considera “muy bueno” el conocimiento de este grupo sobre las formas de adquirir VIH/SIDA.

**Cuadro 5. Test Statistics<sup>a</sup>**

	Aciertos
Mann-Whitney U	418,000
Wilcoxon W	1013,000
Z	-,618
Asymp. Sig. (2-tailed)	,537

a. Grouping Variable: Grupo

**Cuadro 6. Test Statistics<sup>a</sup>**

	Segmento1	Segmento2	Segmento3
Mann-Whitney U	444,000	417,500	397,000
Wilcoxon W	1039,000	1012,500	992,000
Z	-,229	-,765	-,063
Asymp. Sig. (2-tailed)	,819	,444	,288

El grupo control de 45 estudiantes de segundo año de bachillerato obtuvo 92% de acierto en el Cuestionario de Conocimientos sobre VIH/SIDA; este resultado permitió asegurar que las preguntas eran adecuadas para personas con nivel de educación secundaria. El índice KR-20 no se calculó en este grupo debido a que 5 preguntas (2-4-5-6 y 9) fueron totalmente acertadas.

### **Validación de la Propuesta**

Según reporte de la Dra. Carol Lomas, Jefa de Farmacia del H.I, responsable del Programa de Farmacovigilancia, verificó el locus control luego de dos meses de la última actividad del Proyecto, se atendió a un total de 69 pacientes y que el 93,8% retiró la medicación. De este total se seleccionó bajo muestreo no aleatorio y por conveniencia, a 48 PVVS no adherentes, que cumplían criterios de inclusión determinados: Edad comprendida entre los 19 a 41 años, ser no ATARV, estar en control médico en la entidad asociada y comprender y responder al Protocolo. Los 21 pacientes restantes, 3 fallecieron y los demás sólo recibió consejería. (Cuadro 1).

## **DISCUSIÓN Y ANÁLISIS**

Instrumentos aplicados determinan que la pobreza económica y desamor se encuentran ligados al incremento del VIH/SIDA, y la no ATARV. Bajo esta constelación, es posible que algunos sujetos descarguen en otros todo lo que sucede o sucedió en sus vidas; sientan que están en capacidad de controlar a los demás, ocurriendo, por ejemplo, la trasmisión del VIH de manera premeditada, llegando al punto de infectar a las personas que “más aman”: sus parejas. Puede

ocurrir también, como respuesta a su baja autoestima, sentir no ser valorados y buscan consciente o inconscientemente ser castigados o castigar; destruir o ser destruidos sin sentir en ocasiones ni la más mínima noción o remordimiento de lo ocurrido; se puede entender el incremento de la infección entre parejas estables e incremento de mujeres infectadas en los últimos años, debido a que la mayor parte de mujeres en el mundo se infecta debido al componente de alto riesgo de su pareja, sobre la cual tiene poco o ningún control .

Estudios realizados a través entrevistas y/o cuestionarios, muestran un panorama ampliado los diversos factores que condicionan la adherencia, En el trabajo de Arrivillaga (2006) y Colautti (2011); se encontró la íntima relación entre nivel socio-económico y cultural y adherencia. Así, a mayor estatus social y cultural las PVVS, enfrentan menos barreras para la adherencia, en comparación con PVVS de posición social baja que alcanzan un alto nivel de barreras. En nuestro Proyecto se observó otro determinante, los ambientes nocivos. Por ejemplo, en el grupo domiciliado en el cantón Daule, sólo 4 de 20 PVVS colaboraron con el Proyecto. Factores como formas de infección, creencias erróneas y medidas de prevención, realizados por Segura y Berbersí (2010), a pesar de la diferencia numérica y características de grupos investigados, las frecuencias son semejantes a los resultados obtenidos de nuestra muestra seleccionada demostrada con el índice de consistencia interna alfa de Cronbach (0.75 y 0.70 respectivamente). Esta investigación tampoco se aparta de los resultados de instituciones nacionales e internacionales: Ministerio de Salud Pública,(MSP), Centro de Estudios y Desarrollo (CEPAR) y Comité Ecuatoriano de PVVS . Ejemplo, son los resultados siguientes: La frecuencia de la relación por sexo, en el país existe dos hombres por cada mujer infectada. Sobre el uso del condón, estudios publicados por CEPAR, hacen referencia a la práctica de mujeres sobre este medio de prevención, con resultados pobres; en nuestra investigación también se observa esta mala práctica,(60% no usa /usa ocasionalmente) y es tan mala porque todas las PVVS, SIEMPRE DEBEN USAR CONDÓN, así como causal de incremento, la pobreza extrema.

Nuestra aportación estriba en la adecuada motivación realizada con el propósito de incorporar a las PVVS, a las actividades e integrarlos a su tratamiento. La incorrecta adherencia debe ser estudiada en su conjunto, más aún si es producto de una estructura social injusta e inequitativa, la cual amerita ser transformada, porque mientras esta estructura exista en el mundo contemporáneo, el *“VIIH crecerá como un incendio”*. Sobre la necesidad de transformar el modelo económico de desarrollo, el escritor uruguayo Eduardo Galeano, (2009) reflexiona: *“Existe crisis universal, crisis de un sistema que está pidiendo a gritos ser cambiado y que en su lugar ocupe otro que no esté organizado en contra de la gente”* . Solamente allí podemos lograr el futuro que queremos.

## **CONCLUSIONES**

El Modelo de Atención y diseño del Protocolo para PVVS no Adherentes al TARV, culminó con un grado de eficiencia que bien podría llamarse exitoso, sin embargo queda demasiado por hacer.

Con este Proyecto la Universidad de Guayaquil, cumple con uno de sus objetivos: *vincularse con comunidades* que se desenvuelven en ambientes y estilos de vida poco saludables o nocivos con determinantes de salud, resquebrajados, incrementados por la escasa educación, carencia de trabajo y otras barreas que inducen a la no adherencia .

El impacto obtenido en la muestra seleccionada (93,8 se incorporó al TARV) afirma que el Protocolo tiene validez; sería conveniente realizar réplicas de las actividades del Proyecto en tiempo más extenso para consolidar la validez y confianza del Protocolo.

Es muy conveniente observar el locus control de las PVVS, en relación a la adherencia inadecuada y cultura de prevención ya que muchos pacientes son reincidentes en continuar con la mala adherencia y caen en fase SIDA.

No se puede afirmar que el factor cultural y económico sea determinante para que PVVS, justifiquen no usar condón, abstenerse y alcanzar la fidelidad como medidas de prevención. Es necesario continuar la observación del comportamiento sexual relacionado a medidas de protección y prevención, así como establecer estrategias para asegurar el cumplimiento de su nuevo estilo de vida.

La muestra exigua de la investigación refleja el grado de consistencia afectiva de la familia de la región, su estructura familiar y comunicación, concluye que los conciencia del valor de sus vidas y la de los demás.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Arrivillaga Q, M., (2006). Dimensión de la Adherencia Terapéutica en Mujeres Colombianas con VIH. Una perspectiva Social. Pontificia Universidad Javeriana Cali-Colombia.

Centro de Estudios y Desarrollo Social (CEPAR). Situación de la salud de los pueblos indígenas del Ecuador. Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. ENDEMAIN abril 2006.MSP.Cap.16 ITS y VIH-SIDA. Disponible en

- [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/pdf/texto/16\\_vihsidea.pdf](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/16_vihsidea.pdf)  
Coalición Ecuatoriana de PVVS (2010). Estadística sobre VIH/SIDA. Disponible en: [www.coalicionecuatoriana.org/cepvvs.php?c=1289](http://www.coalicionecuatoriana.org/cepvvs.php?c=1289)
- Colautti, M: 2011. Las personas que viven con VIH-SIDA y su vínculo con los antirretrovirales provistos en el Programa Nacional de Argentina. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n5/a14v17n5.pdf>
- Gonzenmüller, E: (2010). Evaluación de Procesos del Proyecto Fondo Global VIH-SIDA Ecuador: Resultados del Programa Nacional VIH-SIDA en el periodo 2005-2010. Disponible : <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/996/1/99483.pdf>
- MSP/ONUSIDA Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA.2007-2015.MSP del Ecuador. Disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_132624.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_132624.pdf)
- Ministerio Salud Pública del Ecuador.2008. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Aplicación del UNGASS Ecuador. Periodo 1/2008-12/2009. [http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2010countries/ecuador\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2010countries/ecuador_2010_country_progress_report_es.pdf). Pgs. 12, 16, 73
- Ministerio de Trabajo y Empleo. CARE. PNUD, (2007). Guía metodológica para responder al VIH/SIDA en el lugar de trabajo.
- MSP del Ecuador. Guía Nacional de Consejería en VIH. (2011) 17, 20, 23, 94.
- Organización Mundial de la Salud. 2004. Adherencia a los Tratamientos a largo plazo. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- PNUD;MSPet al; (2007) Maletín de Guía metodológica para responder al VIH/SIDA. (2007)
- Segura, C., A; Berbesí, F., D., et al; (2010). Construcción Preliminar de un cuestionario sobre conocimientos en VIH/SIDA en excombatientes de Colombia. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2011; 28 (3): 503-7. Disponible en: [www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000300015](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342011000300015)

**Anexo 1**

**Base de datos: Descripción panorámica de la muestra analizada**

<b>Id</b>	<b>Adherencia</b>	<b>Edad</b>	<b>Lugar</b>	<b>Educación</b>	<b>Ambiente Cultural</b>	<b>Diagnóstico psicológico</b>	<b>Religión</b>	<b>Terapia</b>
1	Si	22	Daule	Ciclo básico*	Nocivo	Disfunción social	Evangélica	Individual
2	Si	20	Daule	Ciclo básico	Nocivo	Disfunción social.	Evangélica	Individual
3	Si	19	Daule	Ciclo básico	Nocivo	Depresión severa.	Evangélica	Terapia familiar
4	Si	40	Daule	Ciclo básico*	Nocivo	Depresión, alcohólico	Evangélica	-
5	Si	29	Durán	Ciclo básico*	Nocivo	Disfunción social (delincuente)	Evangélica	-
6	Si	31	Durán	Universitario*	Nocivo	falleció	Evangélica	-
7	Si	26	Durán	Ciclo básico	Poco saludable	Depresión	Evangélica	-
8	Si	27	Durán	Ciclo básico	Nocivo	Disfunción social	Evangélica	Individual y familiar
9	Si	34	Guayaquil	Ciclo básico	Nocivo	disfunción social (alcohólico)	Evangélica	Individual
10	Si	39	Guayaquil	Ciclo básico	Poco saludable	Depresión, ex-alcohólico, problemas de estabilidad sexual	Evangélica	Individual
11	Si	30	Guayaquil	Ciclo básico	Nocivo	Disfunción social: agresivo, alcohólico	Evangélica	Individual
12	Si	30	Guayaquil	Ciclo básico	Nocivo	Depresión	Evangélica	-
13	Si	35	Guayaquil	Ciclo básico*	Poco saludable	Disfunción social (trabajadora sexual)	Evangélica	Individual y familiar
14	Si	20	Guayaquil	Ciclo básico	Nocivo	Estado obsesivo compulsivo	Evangélica	-
15	Si	27	Guayaquil	Ciclo básico	Nocivo	Depresión, problemas familiares	Católica	Individual y familiar
16	Si	21	Guayaquil	Ciclo básico	Poco saludable	Depresión, dificultad de contacto socia, necesidad de ayuda, bisexual.	Evangélica	Individual
17	No	33	Guayaquil	Bachiller	Poco saludable	Sentimientos negativos (depresión)	Evangélica	Individual
18	Si	41	Guayaquil	Ciclo básico	Nocivo	Alcohólico, drogadicto, problemas de adaptación social (mejoró)	Evangélica	Individual
19	No	22	Milagro	Ciclo básico	Nocivo	Depresión, baja autoestima	Evangélica	Individual

20	Si	22	Milagro	Ciclo básico	Nocivo	Problemas neurológicos, hemiplejía, afasia	Católica	Individual, familiar, terapia del lenguaje
21	Si	36	Milagro	Bachiller	Poco saludable	Baja autoestima. Depresión	Católica	Individual, familiar
22	Si	28	Milagro	Ciclo básico Superior	Poco saludable	Crisis de pánico	Evangélica	-
23	Si	39	Milagro	incompleta	Poco saludable	Disfunción social	Evangélica	-
24	Si	22	Milagro	Ciclo básico	Poco saludable	Disfunción social	Testigo de Jehová	-
25	Si	38	Milagro	Ciclo básico	Poco saludable	Disfunción social	Evangélica	-
26	Si	25	Milagro	Ciclo básico	Poco saludable	Disfunción social ( intento de suicidio, manipulador)	Evangélica	Individual
27	Si	19	Milagro	Ciclo básico	Poco saludable	Sentimiento negativos( pánico, dificultades en la comunicación social)	Evangélica	Individual
28	Si	33	Milagro	Ciclo básico	Saludable	Disfunción social, disfunción sexual, alteración neurológica	Evangélica	-
29	Si	30	Milagro	Ciclo básico	Poco saludable	Disfunción sexual, sentimientos negativos (depresión)	Evangélica	-
30	Si	20	Milagro	Ciclo básico	Nocivo	Disfunción social (ideas suicidas y homicidas)	Evangélica	Individual (atención psiquiátrica)
31	Si	36	Milagro	Ciclo básico	Poco saludable	-	Católica	-
32	Si	26	Milagro	Ciclo básico	Poco saludable	Sentimientos negativos (depresión)	Evangélica	-
33	Si	40	Milagro	Superior (egresado)	Poco saludable	Disfunción social	Ateo	Individual, familiar
34	No	37	Milagro	Ciclo básico	Nocivo	-	Católica	-

35	Si	29	Milagro	Ciclo básico	Poco saludable	Sentimientos negativos, (depresión) problemas neurológicos	Ateo	Terapia del lenguaje
36	Si	29	Sta. Elena	Ciclo básico	Saludable	Depresión, inseguridad, dificultad con el contacto con los demás	Evangélica	Individual
37	Si	29	Sta. Elena	Ciclo básico	Poco saludable	Problemas neurológicos, hemiplejía, afasia	Católica	-
38	Si	28	Sta. Elena	Ciclo básico	Poco saludable	Depresión	Católica	Individual y de pareja
39	Si	30	Sta. Elena	Ciclo básico	Poco saludable	Distinción social	Católica	Individual y de pareja
40	Si	33	Sta. Elena	Ciclo básico	Poco saludable	Sentimientos negativos (depresión)	Evangélica	Individual y familiar
41	Si	21	Sta. Elena	Bachiller	Saludable	Inseguridad, depresión, problemas de identidad sexual	Evangélica	-
42	Si	29	Sta. Elena	Bachiller	Poco saludable	Sentimientos positivos	Católica	Individual y familiar
43	Si	29	Sta. Elena	Ciclo básico	Poco saludable	Depresión, hemiplejía, inseguridad miopía, infección dental	Católica	Individual, familiar, terapia del lenguaje
44	Si	33	Sta. Elena	Superior	Poco saludable	Depresión severa y problemas de comunicación familiar.	Católica	Individual y familiar
45	Si	23	Sta. Elena	Ciclo básico	Nocivo	Depresión	Católica	Individual y de pareja
46	Si	23	Sta. Elena	Ciclo básico	Nocivo	Depresión	Católica	Individual y de pareja
47	Si	29	Sta. Elena	Ciclo básico	Poco saludable	Depresión	Católica	Pareja
48	Si	38	Sta. Elena	Ciclo básico	Nocivo	Depresión	Católica	Individual