

## Conviviendo con el VIH una experiencia de adherencia al tratamiento

María Nelcy Muñoz A. \*

### RESUMEN:

**Introducción:** El VIH/Sida fue abordado como un problema multifactorial, de origen social con profundas raíces económicas y culturales, que afecta a los más pobres y cada vez más a mujeres y jóvenes, y, la lucha para combatirlo enfrenta un reto colosal, la falta de adherencia terapéutica. Ante este reconocimiento se buscó la aproximación a una experiencia significativa de adherencia al tratamiento, con el objetivo de interpretarla con la mirada que demanda el compromiso con el cuidado de la salud de individuos, familias y comunidades, y la sensibilidad que se refleja en las experiencias cotidianas de miles de personas que conviven con el VIH. **Métodos:** Estudio cualitativo de caso. Participó voluntariamente una persona VIH positiva, líder de un grupo de autoayuda. A partir de las expresiones textuales de la entrevistada se desvelaron categorías y códigos de interpretación, que fueron tratados en el análisis como mensajes educativos que permitieron la reflexión acerca de las implicaciones del cuidado integral de enfermería que requieren las personas VIH positivas y sus familias, en procura de la adherencia al tratamiento. **Resultados:** Para la persona entrevistada, ser VIH positivo adherente al tratamiento, significa vivir luchando y luchar por vivir, venciendo el temor a la discriminación, motivando, educando y controlando los efectos adversos de los fármacos. **Conclusiones:** Se entregó una lección de vida que apoya la práctica profesional en la lucha contra uno de mayores flagelos que azota actualmente la humanidad: el virus del VIH. Los mensajes constituyeron el comienzo del aprendizaje para enfrentar la gran responsabilidad social que convierte al profesional del cuidado en un actor protagónico en la lucha inaplazable contra este gran flagelo que azota la humanidad, se acerca a pasos agigantados a todos y exige un manejo interdisciplinario, con acciones conjuntas orientadas a aminorar las condiciones de vulnerabilidad de los grupos de mayor riesgo.

**Palabras clave:** Promoción de la salud, Infección VIH, adherencia a tratamiento VIH, investigación cualitativa, enfermería, cuidado integral.

### Abstract

## Living with HIV: an experience of treatment adherence

**Introduction:** HIV / AIDS was addressed as a multifactor problem, with profound social background economic and cultural roots, which affects the poorest, and increasingly women and youth; and fighting it faces a huge challenge, due to the lack of therapeutic adherence. Recognition is sought before approaching a meaningful experience of adherence to treatment, in order to interpret the look that demands a commitment to the health care of individuals, families and communities, and sensitivity that is reflected in the experiences; everyday thousands of people are living with HIV. **Methods:** A qualitative case study. This was the participation of a voluntary HIV positive person, leader of a self health group (SHG). From textual expressions of the interview categories and codes of interpretation were unveiled that were treated in the analysis as educational messages that allowed reflection on the implications of nursing care required by people with HIV and their families in pursuit of adherence to treatment. **Results:** For the interviewed, being HIV positive adherent to treatment, means living fighting and fighting for living, overcoming the fear of discrimination, motivating, educating and controlling the adverse effects of drugs. **Conclusions:** It was a lesson of life, that supports professional practice in fighting one of the major scourges afflicting humanity today: the HIV virus. The messages were the beginning of learning to deal with the great social responsibility that makes professional care in the struggle against the greatest evil plague mankind, which is fast approaching it, and requires interdisciplinary management, with joint activities aimed at lessening the vulnerability of those at greatest risk.

**Keywords:** Health promotion, HIV infection, HIV treatment adherence, qualitative research, nursing, holistic care.

\* Enfermera, Magister en enfermería y en salud pública. Docente Fundación Universitaria del Área Andina Seccional Pereira. E-mail: marianelcy@gmail.com

## Introducción

*Las enfermeras son las llamadas a expresarel valor de cada vida... y el significado de la existencia humana en cada persona"*

*Calixta Roy.*

¿Acaso se puede ser indiferente ante el sufrimiento de un niño sin padres, o ante la desesperanza de una persona que pierde a su amada pareja, o ante una mirada inexpresiva, llena de un vacío inconmensurable que se alimenta de la compasión, o ante la impotencia de un cuidador a quien se le cierran las puertas cuando está pleno de ganas de hacer bien las cosas que sabe hacer? No. Y las escenas se repiten paso a paso, y aunque los adelantos científicos y tecnológicos se aproximan a respuestas valiosas para detener la epidemia, día a día aumentan los casos de infección y de muerte por VIH/Sida en el mundo.

Aunque no es fácil disponer de cifras exactas acerca de la magnitud de la pandemia, debido a los ajustes cada vez mas aproximados a la realidad del problema, la información entregada por el Doctor Ricardo García, delegado de ONUSIDA para Colombia,<sup>1</sup> refiere que en el año 2007 existían en el mundo 33,2 millones de personas viviendo con el virus del sida (PVVS), a nivel global, cada 10 segundos muere una persona por VIH/Sida.<sup>2</sup> En América Latina en el año 2007 se reportaron 1,6 millones de PVVS y en el Caribe 230.000 PVVS y murieron 58.000 personas a causa del VIH. En los países puramente andinos se considera una epidemia concentrada; las prevalencias son menores del 1% en población general, y son mayores del 10% en los grupos de riesgo, tales como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables.

En Colombia la prevalencia es de 0.7%. El informe enviado por Colombia a la UNGASS,<sup>3</sup> muestra que la tendencia en la aparición de nuevos casos es ascendente, y principalmente a partir del año 2000 hay un incremento progresivo en el grupo de mujeres. En Diciembre de 2007 se registraron 58.458 casos, 28.600 infecciones asintomáticas, 10.083 casos de sida y cerca de 24.000 defunciones. El número de PVVS estimado está entre 160.000 y 200.000.

Esta realidad se refleja a nivel local. En el eje cafetero se tenían registrados 4.085 casos en Diciembre de 2007. Risaralda concentra cerca del 50% de los casos, que predominan en la población masculina. Por cada mujer se registraron 3 hombres infectados.(Tabla 1)

El ser consciente de la progresión geométrica de la epidemia, revela a cada ser humano un acercamiento inevitable a las PVVS. El desarrollo de la epidemia, independiente del estrato social, la raza, el nivel económico, etc., hace de cada persona un posible huésped difícil de identificar, porque el VIH no tiene un rostro ni carta de presentación. Existe en muchas personas y convive entre otras, entre las que puede estar uno mismo, de allí que la responsabilidad frente a su control involucra a todos los sectores sociales.

Por su parte, el sector salud centra su quehacer en el acceso oportuno a la atención integral, donde cada miembro del equipo tiene una función social concreta en la lucha contra el VIH/Sida. Como responsable legal del cuidado de enfermería y de intervenir en la modificación de los estilos de vida,<sup>4</sup> uno de los mayores desafíos que enfrenta el profesional de Enfermería es la adherencia terapéutica, que abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar los fármacos prescritos, tales

**Tabla 1. Casos notificados de VIH/Sida por sexo. Eje cafetero por Departamentos. 1983-2007**

Departamento	Femenino	Masculino	Sin dato	Total	Razón H/M	%
Risaralda	474	1.450	33	1.957	3,1	3.3%
Quindío	316	986	51	1.354	3,1	2.3%
Caldas	174	598	2	774	3,4	1.3%
Total subregión	964	3.034	86	4.085	3,1	6.9%
<b>Colombia</b>	<b>13.041</b>	<b>44.705</b>	<b>712</b>	<b>58.458</b>	<b>3,4</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base datos Sivigila. Adaptación L. Moreno Observatorio Nacional VIH/Sida

como buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación de forma correcta, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos inadecuados en la higiene personal, el autocuidado, los comportamientos sexuales riesgosos y el régimen alimentario deficiente, entre otros.

La buena adherencia es un factor decisivo para el éxito de la terapia antirretroviral. Según lo expresa la OMS, a diferencia de otras enfermedades crónicas, la rápida velocidad de replicación y mutación del VIH hace que se requieran grados muy altos de adherencia ( 95%) para lograr una supresión duradera de la carga vírica. Aproximadamente un tercio de las PVVS toman la medicación prescrita y aun cuando comprendan plenamente las consecuencias de la no adherencia a los medicamentos, las tasas de adherencia son subóptimas.<sup>5</sup> Estudios recientes de personas con infección por el VIH/SIDA han informado sobre prevalencia de no-adherencia que oscilan entre 13% y 65%.<sup>6</sup> La adherencia parcial o deficiente conduce a menores tasas de supervivencia y a mutación de las cepas de VIH resistentes al tratamiento, con la consecuente transmisión de estas cepas a otras personas.

En la tarea de fomentar y mantener la adherencia entran en juego recursos, conocimiento, actitudes, destrezas, creencias, percepciones, motivación, confianza (autoeficacia) en las capacidades para involucrarse, y expectativas con respecto al resultado del tratamiento, por parte de los profesionales. Se espera ante todo, que se parta del reconocimiento y la comprensión de los factores humanos, como piedra angular para el abordaje de la adherencia al tratamiento del VIH/sida, estos factores se manifiestan en expresiones, gestos, palabras y silencios de personas que enseñan con sus vivencias, lo que los textos no alcanzan a abarcar.

**Objetivo**

Interpretar a la luz del quehacer del profesional de enfermería, los motivos que favorecen la adherencia al tratamiento integral de las personas VIH positivas, percibidos por una persona VIH positiva, líder de un grupo de autoayuda.

**Diseño metodológico**

Se trabajó con una persona VIH positiva, líder de un grupo de autoayuda como informante clave respecto al objeto de la investigación. Esta persona firmó acta de consentimiento informado, aceptó voluntariamente participar y responder una entrevista a

profundidad. Se enfocó la vivencia de esta persona, que en su cotidiano, percibía unos motivos que favorecían la adherencia entre las personas que conformaban su grupo. La información fue recolectada durante el mes de Septiembre de 2008, directamente por la investigadora. La entrevista duró una hora. Fue grabada y transcrita por la persona que la realizó. Se efectuaron preguntas introductorias de caracterización sociodemográfica y se profundizó en la experiencia vivida desde el momento del diagnóstico. La entrevista fue escuchada y releída varias veces para captar lo sobresaliente de la situación investigada y descubrir categorías, con sus respectivos códigos, que fueron ilustrados con expresiones textuales de la entrevistada y se convirtieron en mensajes de necesidad de cuidado profesional.

### **Análisis y discusión de resultados**

La persona entrevistada, procedente de Armenia Quindío, vivía como líder de una Fundación que trabajaba con personas VIH positivas. Era una mujer de piel morena, unos 36 años de edad, madre de dos niños, dijo ser de religión católica, residía en un sector de estrato 2 de Armenia y trabajaba por un salario mínimo mensual; fue diagnosticada como VIH positiva en el mes de julio de 1996, cuando a su hijo menor también se le detectó la presencia del virus; ellos eran atendidos a través del régimen subsidiado de la salud. Para esta madre joven, el diagnóstico en ella y en su hijo hizo surgir la necesidad de luchar por la vida, el impulso de cuidar y proteger tanto la vida indefensa y vulnerable de su hijo como la de las personas que como ella, vivían con el VIH. El motor para cuidar su vida y su salud fue el desarrollo de su capacidad de ayuda. En sus gestos, la mujer dejó entrever la aceptación, la fortaleza y la esperanza que concretaban su vivencia.

### **Categoría 1: Ser VIH positivo significa vivir luchando y luchar por vivir**

No es la lucha contra la enfermedad... es la lucha por la vida

*... tengo mucho tiempo ya con la enfermedad y batallando por mi hijo y por mí, como para rendirme ahora... se ayuda a las personas que luchan por la vida y no se derrumben al ser diagnosticadas.*

El mensaje es la búsqueda de la igualdad de oportunidades para que la vida de las PVVS se convierta realmente en un escenario donde todos los seres humanos, independientemente de su enfermedad, tengan un espacio que les sea respetado y les permita acceder a los servicios, al trabajo, al estudio, a las demostraciones de afecto y a la posibilidad de realizar sueños.

Para adherir, lo mejor es compartir

*...cuando me diagnosticaron el niño fue que derrame la última lágrima por ser VIH positiva, porque sabía que tenía que luchar por 2 vidas... me dediqué a liderar la lucha contra el sida.*

El hombre, por naturaleza un ser social, se concibe y se concreta solamente a través de su interacción con otros hombres y con su entorno. Una relación fuerte con compromiso moral de ayuda, favorece la adherencia. El respaldo social, el apoyo informal o formal recibido por las personas de la familia, otros miembros de su comunidad, son determinantes en la aceptación de un nuevo estilo de vida, de los cuidados y por ende, de los resultados de salud en las personas viviendo con VIH.

estilo de vida, de los cuidados y por ende, de los resultados de salud en las personas viviendo con VIH.

**Categoría 2: Venciendo el temor a la discriminación**

Alejar los momentos de tristeza y depresión

*... conozco gente que si siente que la vida se les acabo por tener el VIH entran en una depresión y ahí se quedan.*

La autodiscriminación y el temor a la muerte, alrededor de un diagnóstico seropositivo para VIH es una de las reacciones más comunes. La depresión producida por el autoestigma favorece la no-adherencia al tratamiento. La literatura reciente reporta entre otros factores, el temor a dar a conocer la condición de portador,<sup>7</sup> la falta de apoyo,<sup>8</sup> la mala comunicación con el médico, la discordancia entre médicos y pacientes, y la dificultad subjetiva de éstos para considerarse “enfermos”,<sup>9</sup> la duda de la existencia del Sida, o la negación de la legitimidad del diagnóstico.<sup>10</sup> Una persona francamente deprimida requiere un acompañamiento especial. Una buena valoración psicológica permite identificar oportunamente las personas en riesgo de no adherencia y los determinantes de la misma, cuando se ha convertido en un problema.

Ofrecer y recibir el soporte familiar

*...El niño tiene la enfermedad y tengo que luchar por el, porque a un niño normal, si la mama se le muere, un tío le regala ropa y estudio pero ya a un niño con una enfermedad como esta lo pueden discriminar y yo quiero luchar por mi hijo.*

Se reconoce que el apoyo de la familia es un factor predictor de adherencia terapéutica.<sup>11</sup> De allí la importancia de acompañar, informar y educar al grupo familiar en VIH/Sida e involucrarlo en el tratamiento.

Ser bien atendida en la Institución de salud

*...nunca he sentido rechazo durante la atención en el hospital... cuando he estado allí me han atendido muy bien... en los controles... y todo muy bien*

La organización de la atención, el ambiente donde se desarrollan las actividades terapéuticas, la calidez humana, la dedicación, la oportunidad en la respuesta de las instituciones de salud son satisfactores fundamentales para fomentar la adherencia. La persona con VIH-sida requiere el mismo tipo de aceptación y cuidado que se brinda a personas que padecen otras enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, la diabetes o la depresión, sin embargo, es fácil observar las diversas formas de discriminación en los servicios que se ofrecen en las instituciones. Mientras que para la organización del servicio es sencillo ubicar un consultorio exclusivo para la atención de las personas con problemas específicos tales como el VIH positivo, para las personas, acercarse a recibir atención a este consultorio es ya un motivo de señalamiento por parte de los demás asistentes a otras consultas. En lo cotidiano de la práctica de enfermería es frecuente encontrar en esta situación, un motivo de abandono del tratamiento.

**Categoría 3: Motivando y educando**

Puede parecer lógico suponer que una persona VIH positiva a quien se le explica

juiciosamente el tratamiento, las posibilidades de mantenerse controlado, de evitar las complicaciones, de seguir viviendo... esté o deba estar motivado para seguir un protocolo y unas medidas de auto cuidado; no obstante, algunos estudios sugieren que la buena adherencia no se consigue con una acción puntual sino que requiere un proceso permanente y dinámico.<sup>12,13</sup> La motivación de las personas está mediada por el cumplimiento de sus expectativas y éstas, a su vez son diferenciales de acuerdo a la estructura cultural y organizacional de las diferentes camadas sociales,<sup>14</sup> por lo tanto, para lograr una mayor adherencia, las personas que se atienden puede segmentarse según la disposición de ellos para seguir las recomendaciones. Es necesario acrecentar la motivación intrínseca de las PVVS con el aumento de la importancia percibida de la adherencia y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado. La falta de reciprocidad entre la disposición de la persona y los intentos del profesional por lograr una excelente adherencia, indica que se está prescribiendo un tratamiento a quien no está lo suficientemente preparado para seguirlo.

#### Conocer los diversos tratamientos

*...No se dan cuenta que hay tratamientos y que se puede seguir adelante.*

No todos los motivos para la no adherencia dependen del paciente; en la mayoría de ellos está involucrado el personal de salud. Entre las barreras, se describen la falta de información y de actitudes de autocuidado. Un profesional bien formado e informado motiva la autoconfianza de las PVVS en el tratamiento prescrito. Cuando se ven los medicamentos como símbolo de cura, se

confía también en los médicos y mejora la adherencia.<sup>15</sup> Para los médicos que atienden consultantes con fracasos de tratamientos anteriores y cambios frecuentes en la medicación, la misión es superar las dificultades técnicas derivadas del desconocimiento de las terapias farmacológicas, sus efectos secundarios y los alcances de los mismos y tener una actitud dispuesta a escuchar y apoyar.

#### Mantenerse firme en control medico

*...El VIH no es una enfermedad tan horrible, solamente es de control y de no dejarse derrumbar por nada.*

En las enfermedades crónicas que conllevan tratamientos prolongados, el eje del cuidado enfermero se centra en la enseñabilidad del autocuidado y la generación de medidas de apoyo permanente para el mismo. Es valioso tener siempre en perspectiva los fundamentos del cuidado basado en la diversidad cultural;<sup>16</sup> este abordaje es necesario a la hora mantener comportamientos favorables y negociar las modificaciones del estilo de vida y la utilización de la tecnología médica para el control.

#### Tomarse adecuadamente los medicamentos

*...Tomarse adecuadamente los medicamentos y mantener en control.*

Las percepciones sobre la necesidad personal de medicación son influidas por los síntomas, las expectativas, las experiencias y los conocimientos de la enfermedad. Las inquietudes por la medicación surgen de las creencias acerca de los efectos colaterales y la interrupción del modo de vida, y de preocupaciones más abstractas sobre los

efectos a largo plazo y la dependencia. Fomentar el reconocimiento de la persona VIH positiva de que tomar cada dosis de los medicamentos, es muy importante. La UNESCO plantea que algunos aspectos que influyen en el abandono del tratamiento son el olvido, el estrés psicosocial, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas adversos de los antirretrovirales y las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento.<sup>17</sup> De igual manera, no percibir el riesgo que surge del incumplimiento, el entender mal las instrucciones, la inasistencia a los controles médicos, las bajas expectativas de tratamiento, la ansiedad frente a la complejidad del régimen medicamentoso y el sentirse estigmatizado al consumir antiretrovirales, hacen que el paciente sea altamente vulnerable a la no adherencia terapéutica.

Sentirse bien no indica que desapareció la enfermedad

*...él abandonó el tratamiento fue porque se sintió bien, que se ve nalgón, fuerte vigoroso...*

Cuando la persona se siente bien desaparece la angustia por los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos de los medicamentos; el no sentir la necesidad del tratamiento lleva a las personas a creer que ya no lo requieren. Este situación favorece la resistencia a los agentes antiretrovirales que a su vez, se ha vinculado con niveles de adherencia bajos.<sup>18</sup>

Darle valor a la posibilidad de disponer del medicamento.

*...Otros dejan los medicamentos por venderlos*

Este hallazgo ratifica la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan una capacitación específica en la atención de la adherencia, para que diseñen y apoyen los

sistemas de prestación que respeten este objetivo. Para facultar a los profesionales de la salud en la actualidad, Colombia dispone de una Guía para el cuidado en casa de personas que viven o conviven con VIH/Sida,<sup>19</sup> y es función de los profesionales de la salud, conocerla, manejarla y adaptarla a los diferentes entornos socioeconómicos y culturales. La capacitación de los profesionales de la salud incluye básicamente tres aspectos: el conocimiento (información sobre la adherencia terapéutica), el razonamiento (el proceso clínico de toma de decisiones) y la acción (uso de alternativas para mejorar comportamientos).

#### ***Categoría 4: Controlando los efectos adversos de los fármacos***

Un medicamento debe hacernos sentir mejor

*...Un medicamento debe ayudarnos y no tiene que ocasionarnos otros problemas.*

*...yo seguía con el tratamiento pero si me cambiaba por otro que no me diera nada.*

La adherencia se relaciona con la manera como los individuos juzgan la necesidad personal de un medicamento al confrontarla con los efectos no deseables que éstos producen.<sup>20</sup> Las creencias sobre la necesidad y los temores son fundamentales para valorar los aciertos y dificultades del tratamiento. Las barreras principales para la adherencia terapéutica se relacionan con la frecuencia de la dosis y la incidencia de efectos colaterales,<sup>21</sup> de allí que sea necesario reducirlos al mínimo y enseñar a manejarlos.

Ante los efectos adversos se debe buscar ayuda y buena asesoría

*... ahorita hay muchos medicamentos y si uno tiene una reacción tiene que buscar quien lo ayude*

*... hay muchas personas que lo abandonan por eso pero después uno las asesora y ellas vuelven al medico para que les cambie el esquema y listo, siguen con el tratamiento.*

Las personas VIH positivas deben tener activa participación en las decisiones de tratamiento, la buena comunicación entre pacientes y médicos es un requisito esencial para una adherencia exitosa. Un estudio cualitativo realizado en México encontró que los principales problemas durante la búsqueda de atención se relacionaron con la falta de conciencia de riesgo y de información entre las personas viviendo con VIH/Sida y los médicos. Los médicos mostraron falta de capacitación en VIH/Sida.<sup>22</sup> Como se expresó anteriormente, estas barreras deben superarse.

### **Conclusiones y recomendaciones**

Ser VIH positivo adherente al tratamiento, significa vivir luchando y luchar por vivir, venciendo el temor a la discriminación, motivando, educando y controlando los efectos adversos de los fármacos. Dada la cercanía de los profesionales de Enfermería a las personas VIH positivas durante los controles y su familiaridad con las frustraciones y los fracasos de los tratamientos, y ante los altos costos sociales y económicos que representa la no adherencia al tratamiento en seropositivos para VIH, este hallazgo en una líder de un grupo de autoayuda ofrece elementos primordiales para cumplir el papel protagónico asignado en el fortalecimiento de la adherencia.

Todas las personas que lo requieran deben quedar incluidas en la consideración para el tratamiento antirretrovírico, más aún si presentan un comportamiento, característica o factor de riesgo que pueda ser juzgado como predictivo de no adherencia. El equipo de

atención de salud debe realizar todos los esfuerzos posibles para asegurar que los pacientes se adhieran a los tratamientos. Conocer los factores personales que favorecen la adherencia ayuda a guiar en la aceptación de los diferentes regímenes.

Para los profesionales de enfermería, la lucha por la adherencia al tratamiento de la persona VIH positiva es un reto permanente, que exige preparación científica, técnica y tecnológica y una gran dosis de humanismo expresado en calidez, buen trato y principalmente, aceptación de la persona VIH positiva, evitando la discriminación en todos los espacios sociales y laborales.

Los profesionales de enfermería disponen de todos los elementos teórico-metodológicos necesarios para desarrollar estrategias innovadoras. Se debe fomentar la conformación de asociaciones terapéuticas entre las PVVS, sus familias, las instituciones de salud y educación. El acompañamiento debe hacer parte funcional de todos los procesos de atención. Las visitas, las llamadas telefónicas, los recordatorios, facilitan la adherencia al tratamiento.

Toda gran construcción comienza por establecer buenos cimientos. Tanto durante las prácticas formativas de enfermería como durante el desempeño profesional, este grupo humano calificado constituye una gran fuerza de trabajo para mejorar la adherencia y los resultados de la atención; es entonces muy importante que durante la formación se discutan y se adquieran las herramientas necesarias y apropiadas para la acción y generación de estrategias sostenidas.



Los profesionales de enfermería disponen de todos los elementos teórico-metodológicos necesarios para desarrollar estrategias innovadoras. Se debe fomentar la conformación de asociaciones terapéuticas entre las PVVS, sus familias, las instituciones de salud y educación. El acompañamiento debe hacer parte funcional de todos los procesos de atención. Las visitas, las llamadas telefónicas, los recordatorios, facilitan la adherencia al tratamiento.

Toda gran construcción comienza por establecer buenos cimientos. Tanto durante las prácticas formativas de enfermería como durante el desempeño profesional, este grupo humano calificado constituye una gran fuerza de trabajo para mejorar la adherencia y los resultados de la atención; es entonces muy importante que durante la formación se discutan y se adquieran las herramientas necesarias y apropiadas para la acción y generación de estrategias sostenidas.

## Referencias

1. Panorama Mundial y Nacional del VIH/SIDA y Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA Colombia 2008-2011. Conferencia dictada por el Doctor Ricardo García, delegado de ONUSIDA para Colombia, durante la Segunda Jornada de Enfermería y VIH/SIDA promovida por ACOFAEN y realizada en la Universidad del Valle, Escuela de Enfermería, Santiago de Cali, Abril 9,10 y 11 de 2008.
2. OMS. Centro de prensa. La prevalencia mundial del VIH se ha estabilizado. [Internet] <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/es/index.html>. Consultado 12/01/09
3. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS (Asamblea General de las Naciones Unidas para debatir sobre VIH/SIDA). Período de cobertura Enero 2006-Diciembre 2007 Enviado a la Unidad de Evaluación del ONUSIDA en Ginebra [Internet] Consultado 23/01/2009
4. República de Colombia. Ley 266/1996 por la cual se reglamenta la profesión de Enfermería en Colombia. Art. 3 Definición y propósito.
5. OMS/OPS Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. ISBN 92 75 325499. Ginebra, OMS, 2003 OPS, 2004. Cap. XII. Infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida p.98-110
6. Pérez-Patrigeon S, Franco-San Sebastian D, Soto-Ramirez LE, Villasis-Keever A, Sierra-Madero J. Use of two spanish translated instruments (SMAQ and AACTG questionnaires) to evaluate prevalence of non-adherence to antiretroviral treatment in HIV infected subjects in Mexico City. In: Proceedings of the XV International AIDS Conference; 2004 July 11-16; Bangkok, Thailand. Geneva: The International AIDS Society; 2004. v.2, p.49.
7. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, Wu P, et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. PLoS Med. 2006;3(11):e438.
8. Alfonso V, Bermbach N, Geller J, Montaner JS. Individual variability in barriers affecting people's decision to take HAART: a qualitative study identifying barriers to being on HAART. AIDS Patient Care STDS. 2006;20(12):848-57.
9. Fehringer J, Bastos FI, Massard E, Maia L, Pilotto JH, Kerrigan D. Supporting adherence to highly active antiretroviral therapy and protected sex among people living with HIV/AIDS: the role of patient-provider communication in Rio de Janeiro, Brazil. AIDS Patient Care STDS. 2006;20(9):637-48.
10. Castle S. Doubting the existence of AIDS: a barrier to voluntary HIV testing and counselling in urban Mali. Health Policy Plan. 2003;18(2):146-55.
11. Marco, Andrés. Knobel, Hernando. Guelar, Ana. La adhesión al tratamiento antirretroviral; una perspectiva global del problema y posibles soluciones. Rev. Enfermedades Emergentes 2000;2(1):45-53[Internet] [http://www.nexusediciones.com/pdf/ee2000\\_1/s-2-1-005.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/ee2000_1/s-2-1-005.pdf).

12. Bologna, Rosa; Escobal, Nidia; Mecikovsky, Débora; Ruvinsky, Silvina; Bordato, Alejandra; Dabas, Elina. Programa de Capacitación para Profesionales y Familias para Mejorar la Adherencia en Niños con Infección HIV. *Med. infant*;14(3):205-209, sept. 2007 [Internet] LILACS <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Consultado 12/11/08
13. Morales, Gina(edt); Aragón, Miguel(edt); Martínez, Tania(edt); Castro, Lesby(edt); Alonso, Carlos(edt). Adherencia de los pacientes a la terapia antiretroviral en los Cesamos Alonso Suazo y Carrizal *Rev. méd. hondur*;74(4):188-193, oct.-dic. 2006. tab. [Internet] LILACS <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Consultado 12/11/08
14. Juan G. Sierra Madero, Dennise Franco San Sebastián. Tratamiento antiviral en el manejo de la infección por VIH. ¿En dónde estamos y hacia dónde vamos? *En:Rev. invest. clín.* v.56 n.2 México abr. 2004 *Rev Invest Clín* 2004; Vol. 56(2):222-231 [citado 2008 Nov 14]. Disponible em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-83762004000200012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200012&lng=pt&nrm=iso)
15. Roberts KJ. Physician-patient relationships, patient satisfaction, and antiretroviral medication adherence among hiv-infected adults attending a public health clinic. *AIDS Patient Care and STDS.* 2002;16(1):43-50.
16. Castillo Mayedo Juan A. El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia *En Rev haban cienc méd La Habana Vol VII No 3 Julio 08*