

ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA ADHERENCIA A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del
VIH/SIDA e ITS
División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud
Mayo 2023



Editores/autores

Gloria Berríos Campbell

Profesional Depto. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS

María Teresa Silva Quilodrán

Profesional Depto. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS

Responsables Técnicos

Fernando González Escalona

Jefe División Prevención y Control de Enfermedades

Leonardo Chanqueo Cornejo

Jefe Departamento Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS

Colaboradores

Fernando Bernal Ortiz

Químico Farmacéutico Centro de Atención VIH Hospital San Juan de Dios

Carolina Giadalah Álvarez

Psicóloga Centro de Atención VIH Hospital San Juan de Dios

Daniela Fredes Muñoz

Matrona Centro Infectología-Inmunología Hospital Barros Luco Trudeau

Ignacio Leiva Escobar

Químico Farmacéutico Centro de Atención VIH

Hospital San Borja Arriarán

Lorena Barrera Rodríguez

Psicóloga Centro de Atención VIH

Hospital San Borja Arriarán

Pablo Quiero Flory

Trabajador Social Centro de Atención VIH

Hospital San Borja Arriarán



INDICE

Adherencia al tratamiento antirretroviral	4
i.- Concepto de adherencia a TAR.....	4
ii.-Concepto indetectable = intransmisible (I=I)	5
1.- FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA	7
a.- Comorbilidades psiquiátricas.....	8
b.- Estigma y discriminación	9
c.- Personas en alto riesgo de vinculación y retención en salud (del inglés hard to reach)	10
2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES.....	11
a.- Contexto social o familiar:	11
b.- Salud mental:.....	11
3.- ESTRATEGIAS PARA MEJORAR ADHERENCIA	14
a.- Estrategias hacia las PVVIH:.....	14
b.- Estrategias hacia el equipo de salud:	15
c.- Consideraciones en el esquema terapéutico:.....	16
d.- Dispensación de fármacos:.....	16
4.- MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA.....	18
a.- Métodos directos:.....	18
b.-Métodos indirectos:	19
c.- Cuestionarios para la evaluación de adherencia	22
5.- SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE ADHERENCIA.....	26
6.- USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ADHERENCIA.....	27
7.- ROL Y FUNCIONES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.....	28
a.- Rol del profesional de matronería/enfermería:	28
b.- Rol del profesional químico farmacéutico:	29
c.- Rol del profesional de psicología:	33
d.- Rol del profesional de trabajo social:	34
e.- Rol del profesional médico:.....	35
FLUJOGRAMA ATENCIÓN AMBULATORIA	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	41



WJ

Adherencia al tratamiento antirretroviral

La adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) es uno de los pilares para el control de la enfermedad. Desde un punto de vista práctico, identificar y comprender los factores asociados a causas de incumplimiento, permitirán al equipo de profesionales tratante abordar el tratamiento con mayor eficacia al inicio y evitar fracasos terapéuticos innecesarios.

i.- Concepto de adherencia a TAR

Es la capacidad de la persona de implicarse correctamente en la elección, inicio y control de la terapia antirretroviral que permita mantener el cumplimiento riguroso de la misma con el objetivo de conseguir y mantener una adecuada supresión viral(1-2). La adherencia incorrecta no solamente es un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas, sino que es algo mucho más complejo. La adherencia a corto y mediano a largo plazo es el resultado de un proceso que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo(3-4).

Existen 4 tipos de problemas de adherencia basados en incumplimiento de la prescripción:

- 1) **Errores de omisión:** la persona no se toma el esquema de TAR prescrito, independientemente de cuál sea la razón.
- 2) **Errores de dosis:** la persona accede a TAR, sin embargo, no a la dosis indicada de medicamento, ya sea por información inadecuada o porque decide que requiere una dosis mayor o menor.
- 3) **Errores en el tiempo:** la persona no logra administrar sus medicamentos en el horario correspondiente indicado por su médico.



4) **No adherencia según intencionalidad:** la persona no toma adecuadamente sus medicamentos (dosis y horarios) ya sea por confusión propia o porque la información recibida pudo resultar inadecuada al momento de la prescripción.

Otro factor que hay que considerar y que puede influir en el cumplimiento de la prescripción médica es la **automedicación**, en que la persona toma medicamentos no prescritos.

ii.-Concepto indetectable = intransmisible (I=I)

Una persona viviendo con VIH (PVVIH) que toma en forma permanente la TAR logra la indetectabilidad, es decir, la carga viral para el VIH en sangre se encuentra suprimida o indetectable, **no transmite el VIH a sus parejas sexuales**. Este concepto es un componente más de la “prevención combinada”, que considera la TAR como una estrategia de prevención (TasP= Treatment as Prevention)(5).

Riesgo de Transmisión del VIH con carga viral VIH indetectable según tipo de actividad sexual

Tipo de actividad sexual	Riesgo de transmisión en personas que mantienen CV indetectable
Sexo oral, anal, o vaginal	Los estudios no han demostrado riesgo de transmisión

Ref: CDC HIV Treatment as Prevention. <https://www.cdc.gov/hiv/risk/index.html>

- **Carga viral (CV):** es el término utilizado para describir la cantidad de VIH presente en la sangre de una persona.

Cuando una persona que vive con el VIH sigue un tratamiento antirretroviral efectivo, la carga viral desciende tanto que se vuelve indetectable y puede ser reportada como:

- < 50 copias/mm³
- < 20 copias/mm³
- LDL (*lower detection limit*): Límite inferior de detección. El resultado es más bajo que el límite inferior de cuantificación
- TND: Target No Detectado



Handwritten signature

- ¿Cómo explicar el concepto de indetectable = intransmisible (I=I)?, se debiese explicar con un lenguaje claro y conciso que una persona viviendo con VIH con CV indetectable:
 - No transmite el VIH.
 - Efectivamente no hay riesgo de transmisión
 - Sin riesgos.
 - Cero riesgos.
 - Elimina el riesgo de transmisión.
 - Previene la transmisión del VIH.



1.- FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA ADHERENCIA

En los últimos años se han publicado múltiples trabajos que estudian las variables predictoras de la adherencia, incluyendo estudios de seguimiento longitudinal con varias determinaciones de adherencia, en distintas poblaciones (niños, niñas y adolescentes) y en países del mundo con menor y mayor grado de desarrollo. Sin embargo, existen muchas limitaciones que hacen difícil generalizar los resultados de los diferentes estudios dado el método utilizado para medir la adherencia, los factores evaluados, la población estudiada y el diseño del estudio.

Los factores estudiados pueden clasificarse en tres grandes grupos: los relacionados con el individuo y los determinantes sociales que componen su entorno más próximo; con el tratamiento; y con el equipo asistencial y sistema de salud.

En la tabla N°1 se resumen los diferentes factores implicados en la adherencia a TAR.

Tabla N°1. Factores relacionados con la adherencia incorrecta al tratamiento antirretroviral

Persona usuaria		Tratamiento	Personal de salud
Características	Actitudes		
-Ausencia de soporte social o familiar* -Nivel socio económico -Nivel educacional -Situación habitacional -Uso activo y dependencia a sustancias* -Alcoholismo* -Comorbilidad psiquiátrica (Depresión)* -Calidad de vida asociada con la salud -Conocimientos y creencias acerca del tratamiento -Edad -Sexo, género y diversidad sexual. -Estigma y discriminación -Cultura de origen**	-Resistencia a TAR: Temor y desconfianza sobre eficacia y efectos adversos del tratamiento. -Hostilidad hacia el equipo de salud. -Repliegue subjetivo: vergüenza por estigma y discriminación social. -Sentimientos de fracaso respecto de la evolución del tratamiento. -Negación de la vulnerabilidad: exposición al riesgo. -Baja percepción de autoeficacia* -Insatisfacción con la atención de salud y la relación salud y persona usuaria	-Número de fármacos* -Frecuencia de dosificación* -Duración del tratamiento* -Restricciones alimentarias* -Efectos adversos* -Alteraciones del estilo de vida -Tipo de tratamiento	-Estilo comunicacional con la persona usuaria (directivo o interactivo) -Actitud hacia la persona usuaria (distante o cordial) -Disposición y acceso a inquietudes o problemas de las personas - Falta de capacitación y actualización de conocimientos. -Prejuicios y hostilidad. -Disponibilidad de recursos -Bajo interés y compromiso -Baja satisfacción profesional

* Características más relacionadas con problemas de adherencia.

** Además del desconocimiento del idioma, se agregan las barreras de acceso al sistema sanitario (cultura sanitaria diferente, desconocimiento del sistema, entre otros)



La adherencia se considera un proceso dinámico, complejo y multifactorial que engloba componentes físicos, psicológicos, sociales y culturales, por lo que las PVVIH enfrentan diversos desafíos asociados a la dificultad para mantener niveles altos y prolongados de adherencia a la TAR. De acuerdo con los metaanálisis y revisiones sistemáticas(6) los factores asociados a una adherencia subóptima o insuficiente son: depresión, ansiedad, bajo apoyo social, complejidad del régimen terapéutico, relación con el personal de salud, creencias negativas sobre el tratamiento, estigma, abuso de alcohol y otras sustancias.

a.- Comorbilidades psiquiátricas

La presencia de una enfermedad mental, sumado a las particularidades de cada persona, influyen en la evolución del VIH, puesto que predisponen a las personas a mayores conductas de riesgo. A su vez, es conocido que las PVVIH presenten tasas de enfermedades mentales significativamente mayores que en la población general(7), producto de los estresores psicosociales que implica lidiar con el VIH. Un 27 a 83% de las PVVIH presentan depresión, en contraste al 17% encontrado en la población general chilena(8), considerándose cómo una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y de mayor incidencia en esta población(9). Los síntomas ansiosos, que comprenden desde sentimientos de intranquilidad hasta trastornos agudos e incapacitantes, están correlacionados con los trastornos del ánimo.

El abuso de alcohol es una conducta prevalente en PVVIH y se relaciona con problemas de adherencia y comportamiento sexual riesgoso(10). El abuso de sustancias también constituye una comorbilidad frecuente, aumentando el riesgo de sufrir complicaciones de la enfermedad, principalmente por la mala adherencia(11).

A pesar de que estas patologías influyen negativamente en la adherencia y que su tratamiento oportuno evita la adherencia inadecuada(10), los estudios indican que la depresión, en todas sus modalidades, y el abuso de alcohol y de sustancias suelen ser subdiagnosticados y subtratados(12). Se ha observado que la ideación suicida es altamente frecuente



(aproximadamente 38,4%) y se describe que el suicidio como causa de muerte se presenta en un 4% en este grupo de pacientes(10).

Algunas de las variables que pueden predecir ideación suicida incluyen: el abuso de sustancias, antecedentes de depresión, desesperanza y presencia de una percepción negativa respecto al VIH, incluido el estigma y la discriminación. Es fundamental destacar que las personas con triple diagnóstico, definido como el trastorno por abuso de sustancias en una persona con otro trastorno psiquiátrico e infección por VIH aumenta considerablemente el riesgo de abandono de la TAR e implica un pronóstico pobre(13). Debido a esto, resulta de suma importancia el abordaje integral de las personas con un *triple diagnóstico* y su detección al inicio del tratamiento.

b.- Estigma y discriminación

Recientemente ONUSIDA advirtió que el estigma y la discriminación asociados al VIH obstaculizan el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH(14).

El término *estigma* se define como “situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social” (15).

Diversos estudios a nivel global dan cuenta del estigma y la discriminación a las que son sometidas las PVVIH y que los efectos en los cuidados son devastadores a nivel personal y de salud pública(16).

La *discriminación* por su parte, son las conductas concretas de desprecio contra una persona o grupo en base a un prejuicio negativo. Estas se presentan en actitudes de rechazo, desde maltratos psicológicos, físicos, exclusión sociocultural, hasta expulsión de sus lugares de residencia y trabajo.



Dadas las condiciones anteriormente descritas, es bastante común que ocurra en las PVVIH un proceso de automarginación, fomentado por el rechazo social al que están expuestas y al miedo a ser rechazadas o discriminadas, quedando vulnerables al aislamiento social y posteriormente expuestas a distintos trastornos psicológicos como la depresión, lo cual afecta drásticamente la calidad de vida y disminuye la posibilidad de pedir ayuda en algún centro asistencial.

Es fundamental reconocer la existencia del estigma y la discriminación asociados al VIH como un factor real y contingente que impacta de manera negativa, que acompaña la experiencia de las personas con VIH/SIDA y que obstaculiza el tratamiento de las personas. Así también, es de alta relevancia que el personal sanitario cuente con la adecuada información actualizada al respecto, y de esta manera erradicar las prácticas basadas en el estigma y la discriminación que alejan a las PVVIH del sistema de salud.

c.- Personas en alto riesgo de vinculación y retención en salud (del inglés hard to reach)

Corresponden a un subgrupo de personas caracterizado por la dificultad de llegar o interactuar con ellas debido a sus comportamientos, identidades o características que los han llevado a ser estigmatizadas y discriminadas(17), y son las más afectadas por la exclusión social. Dentro de este grupo encontramos a trabajadores/as sexuales, usuarios/as de drogas y personas en situación de calle, y son uno de los grupos que se ven más afectados por la mala adherencia.

Las tasas de adherencia de las personas en situación de calle varían entre un 51% a un 89%, entre trabajadoras/es sexuales 76% y entre usuarios/as de drogas un 60%(17).

La adherencia está cruzada por diversos factores psicológicos y sociales que influyen de manera directa e indirecta en la TAR, por lo mismo resulta de suma importancia la atención integral que considere los aspectos biopsicosociales a la hora de fomentar la adecuada adherencia que se requiere.

En el siguiente apartado se propone una estrategia estándar para evaluar los riesgos psicosociales que mejor predicen la adherencia y la derivación oportuna a la red asistencial.



2.- EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

A continuación, se describen los métodos de evaluación de los factores de riesgo con el objetivo de generar un impacto en los patrones de adherencia, a través de una entrevista que evalúe los aspectos más relevantes. Esta evaluación puede ser realizada por cualquier profesional de la salud de acuerdo con la realidad de cada centro.

a.- Contexto social o familiar: Indagar en la presencia y calidad del apoyo social percibido por la persona usuaria, realizando preguntas sobre su familia y contexto más próximo, el vínculo y tipo relación establecida, con quién vive, quién sabe de su diagnóstico y en caso de emergencias a quién pueden acudir.

Recomendación: en caso de que la persona tenga escaso apoyo o aislamiento social, se sugiere activar redes de apoyo y educarla en la importancia de contar con personas cercanas para hacer frente con este proceso (profundizar en temáticas de estigma y aceptación), incentivarla a revelar el diagnóstico a quiénes considere y unirse a grupos de apoyo o de pares.

b.- Salud mental: Preguntar si tiene antecedentes personales o familiares de consultas psiquiátricas, diagnósticos previos o episodios previos de enfermedades de salud mental. Si hay antecedentes, evaluar la presencia de ideación suicida o intentos de cometerlo. Si hay ideación o intentos de suicidio previo es importante determinar si fue hace menos de dos años, puesto que durante este período el riesgo de morir por suicidio es mayor. Los antecedentes familiares o personales de trastornos del ánimo aumentan las posibilidades de resurgir posterior al diagnóstico o inicio de la TAR.

Recomendación: en caso de haber antecedentes familiares o personales se sugiere tenerlos en cuenta como alerta. Si hay ideación suicida reciente, o un intento de suicidio previo hace menos de dos años se sugiere incentivar a la persona a buscar ayuda para evitar la reincidencia.

c.- Presencia de sintomatología depresiva, ansiosa o adicciones



c.1.- Síntomas depresivos: Evaluar si la persona ha tenido cambios en su estado de ánimo desde el diagnóstico, enfatizando en las siguientes señales:

- Dificultad para dormir.
- Perder el interés en actividades que suelen ser agradables.
- Sentir una tristeza persistente o sensación de vacío.
- Dificultad para disfrutar de las actividades placenteras.
- Pensar constantemente en el VIH.
- Tener ideas de muerte o pensamientos suicidas*

*** Hablar de suicidio no conlleva ningún riesgo de aumentar las posibilidades de intentos de suicidio, puede ser incluso una vía de prevención del mismo.**

Recomendación: si hay presencia de alguno de estos indicadores, se sugiere evaluar a la persona con el cuestionario PHQ-9 (Anexo N°1) para profundizar en los síntomas y derivar a su red asistencial si corresponde. El punto de corte de este cuestionario es 7. Se recomienda especial atención en la pregunta 9 sobre ideación suicida, esta respuesta indicará qué tan grave es este síntoma. En caso de encontrar un puntaje igual o sobre 7 se sugiere presencia de depresión y, por lo tanto, realizar la derivación pertinente a la unidad de salud mental correspondiente. Si el resultado del cuestionario es trastorno depresivo mayor, se sugiere derivar a servicio de psiquiatría.

c.2.- Ansiedad: Evaluar si la persona presenta los siguientes síntomas desde el diagnóstico:

- Dificultad para relajarse.
- Miedo a perder el control.
- Sensación de ahogo.
- Miedo a morir.
- Síntomas físicos como ahogos, mareos, calor, sudoración excesiva, desvanecimientos, rubor o problemas digestivos.



Recomendación: en caso de presentar más de 3 de estos síntomas se sugiere derivar oportunamente a la unidad de salud mental del centro, si está disponible, o a la red APS.

c.3.- Abuso de alcohol o sustancias. Indagar si la persona consume alguna sustancia de manera habitual (alcohol, marihuana, cocaína, Popper, MDMA, etc.), con qué frecuencia, en qué cantidades y si su consumo le ha traído problemas en el trabajo o en sus relaciones personales.

- Para evaluar si existe un consumo riesgoso de alcohol se recomienda utilizar el tamizaje AUDIT (Anexo N°2)

- Para evaluar si existe consumo riesgoso de sustancias se recomienda utilizar herramienta de tamizaje ASSIST-S (Anexo N°3)

Recomendación: En caso de haber un consumo de riesgo o dependencia es preciso derivar a un centro asistencial que tenga un programa de rehabilitación de drogas ambulatorio (APS), educando previamente al paciente en la importancia de tratar estos problemas para disminuir riesgos.

d) Creencias y percepción del VIH: Indagar en las creencias asociadas al VIH y al tratamiento, si percibe el VIH como un obstáculo en alguna de las esferas vitales, cuáles serían los efectos del tratamiento, percepción de riesgo al rechazo o discriminación.

Recomendación: Se sugiere corroborar y aclarar a la persona usuaria la información entregada y normalizar temores e inquietudes respecto al VIH y su tratamiento. Si percibe como un obstáculo el VIH se recomienda profundizar en temáticas de estigma, discriminación y entregarle herramientas adaptativas de afrontamiento (socializar diagnóstico con personas de confianza, informarse sobre el VIH, buscar grupos de apoyo, etc.)



3.- ESTRATEGIAS PARA MEJORAR ADHERENCIA

La adherencia es un proceso dinámico, continuo y no debe abordarse mediante una escueta discusión o a la aplicación de una técnica sencilla. Deben establecerse estrategias destinadas hacia los esquemas de tratamientos, a las personas usuarias y al equipo de salud. En este sentido, un metaanálisis evaluó las diversas estrategias dirigidas hacia la persona, encontrando que en aquellos grupos de intervención se observó una mejora en la adherencia, con tendencia a mejorar el porcentaje de PVVIH con cargas virales indetectables(1). Por otro lado, la intervención a nivel de los equipos de salud, específicamente en técnicas de capacitación en el manejo de la adherencia, ha demostrado un mejor control de la evolución inmunológica y virológica en los grupos intervenidos por el aumento de la adherencia(2).

a.- Estrategias hacia las PVVIH: En primera instancia se debe acoger, escuchar y entregar información(18-19) y realizar un programa de educación sobre el tratamiento en toda persona que inicie o cambie TAR. Estos programas deben estar a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales que incluya atención de personal de psicología, de enfermería/matronería, química y farmacia y de trabajo social, todos ellos capacitados en el manejo de PVVIH. Los objetivos de estos programas son que las personas adquieran de forma completa e integral la información e instrucciones sobre los medicamentos de su tratamiento, las pautas posológicas, la forma farmacéutica, las restricciones dietéticas, las interacciones clínicamente relevantes, la importancia del tratamiento y el riesgo que implica no tomarlo, así como cualquier otra información importante para su cumplimiento(20-21).

Es por lo anterior, que la educación en aspectos relacionados al VIH es fundamental, el autocuidado es uno de los factores que ha demostrado mejorar la adherencia al tratamiento, incrementar los linfocitos CD4, disminuir la carga viral y disminuir las conductas de riesgo(22).

Algunas medidas a considerar en un programa de adherencia pueden ser:



1. En lo posible, incorporar a la familia y amigos/as para que apoyen el cumplimiento del tratamiento (o contexto más próximo).
2. Evitar regímenes de TAR que requieran mantener restricciones en el horario de comidas o exijan condiciones alimentarias especiales.
3. Que la persona tome parte de las decisiones terapéuticas, opinar sobre su dieta, que pueda solicitar apoyo psicológico, etc.
4. Proporcionar mecanismos recordatorios tales como: el uso de agendas, relojes, celulares y otros.
5. Es útil, también, proporcionar información escrita incluyendo gráficos y dibujos del esquema terapéutico.
6. Dispensar TAR para más de 1 mes en personas usuarias adherentes.

Asimismo, como se ha mencionado es necesario *evaluar la eficacia y efectividad de las intervenciones* y contabilizar la adherencia a largo plazo. En relación con este último aspecto, no se debe olvidar que la adherencia no se mantiene constante y suele decaer con el paso del tiempo(21), por lo tanto, los programas deben tenerlo en cuenta y no reducir la intervención exclusivamente a un período determinado, sino mantenerlo a través del tiempo.

Una mejor adherencia no solo se logra con mejorar *factores asociados al tratamiento*, tales como número de comprimidos al día, efectos adversos, sino también con *mejorar las condiciones en las que vive la persona* y que limitan su capacidad de adherir; también se deben *superar las barreras institucionales* que dificultan el acceso. En este último punto, los centros de atención deben adaptarse para alcanzar las necesidades que demandan las personas usuarias, acercar las consultas, buscar el apoyo de terceras personas próximas, proporcionar un buen esquema de revisiones, accesibilidad al personal sanitario, *un enfoque multidisciplinario y biopsicosocial*(23).

b.- **Estrategias hacia el equipo de salud:** se debe capacitar al equipo de profesionales con el objeto de mejorar sus habilidades de comunicación y relación con las personas(24).



My

a la adquisición de habilidades de negociación y de modificación de conductas. Por otra parte, resulta esencial que el equipo tratante cuente con capacitación para la actualización de conocimiento respecto a género, diversidad sexual, estigma y discriminación, salud mental y derechos humanos.

c.- Consideraciones en el esquema terapéutico:

c.1 En PVVIH que inician por primera vez TAR

- Número de fármacos
- Número de comprimidos
- Frecuencia de administración (BID a QD)

c.2 Simplificación en PVVIH experimentados

- Reducción de fármacos
- Reducción de comprimidos
- Modificación de la frecuencia de administración (BID a QD)

Los esquemas de TAR han evolucionado en los últimos años a pautas con fármacos coformulados en un solo comprimido y con una farmacocinética que permite el uso de una sola toma al día (QD). En la actualidad todos los esquemas preferentes y alternativos de las pautas de inicio son de 1 toma diaria. La excelente tolerancia y la escasa toxicidad de los nuevos tratamientos basados en inhibidores de la integrasa facilitan enormemente la adherencia con respecto a los esquemas utilizados previamente. Por otra parte, las personas usuarias que por múltiples razones reciben esquemas de tratamiento más complejos, se pueden beneficiar con una simplificación de TAR asegurando siempre la supresión virológica. Sin embargo, es importante considerar que el uso de regímenes de una vez al día es una de las múltiples intervenciones posibles y su impacto depende tanto de factores individuales como de factores externos, incluido el número de comprimidos, la tolerancia a los fármacos, la potencia del esquema, su eficacia y la existencia previa de resistencias.

d.- Dispensación de fármacos: con el objetivo de disminuir las barreras de acceso al tratamiento, la dispensación de fármacos no debe estar condicionada por la presentación de



la forma farmacéutica (cantidad de comprimidos, tabletas, etc) sino por aspectos clínicos, personales y de la relación con el sistema sanitario. Así, varios estudios recomiendan la dispensación multimes teniendo en cuenta la condición clínica del usuario (presencia de infección oportunista, indetectabilidad, recuento de linfocitos T CD4+, entre otros), el tiempo en tratamiento antirretroviral, su tolerancia y localización de los servicios sanitarios (ruralidad, barreras geográficas)(25).



[Handwritten signature]

4.- MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA

La medición del incumplimiento en la práctica clínica no es una tarea fácil de llevar a cabo debido a las numerosas dificultades que se pueden encontrar. Actualmente, aunque se cuenta con diversos sistemas para este propósito, no existe un método ideal para la medida de la adherencia; todos ellos presentan limitaciones. El método ideal para medir la adherencia debiese ser altamente sensible y específico, ser reproducible y aplicable en diversas situaciones, además de rápido y económico(24). Por ello, lo ideal es utilizar combinaciones de los métodos a fin de compensar sus carencias(26-27).

Los métodos disponibles se dividen en dos grandes grupos: *directos e indirectos*.

a.- Métodos directos: están basados en parámetros bioquímicos cuantificables, en la evolución clínica de la persona y en la observación directa de la toma del medicamento.

a.1.- Medición de niveles plasmáticos de ARV (TDM): ha demostrado ser útil en la optimización de la terapia antirretroviral en determinadas personas, existiendo aún cierta controversia sobre su uso generalizado en la práctica clínica diaria(28-29). De hecho, existen guías de consenso en las que se recomienda la TDM en situaciones concretas en las que se prevé una alteración en la PK de ciertos fármacos (ej.: LPV/r). Pese a lo anterior, el uso de dicha metodología se limita al contexto de estudios clínicos o al ámbito académico.

a.2.- Evolución clínica y datos analíticos: La evolución clínica y el resultado virológico e inmunológico no deberían considerarse métodos de estimación de la adherencia, sino más bien la consecuencia de ésta. En ese sentido, los estudios de adherencia deberían considerar sistemáticamente la relación entre sus resultados y los resultados virológicos de forma prospectiva.



a.3.- Tratamiento directamente observado (TDO): Se basa en la observación directa de la toma del fármaco. En un metaanálisis de 17 estudios se ha demostrado que incrementa la probabilidad de conseguir una CV indetectable, mayor incremento de CD4 y adherencia >95%. Este beneficio es incluso mayor cuando se aplica a determinadas poblaciones con grandes dificultades para un cumplimiento óptimo, como personas usuarias de drogas o privadas de libertad, pero no parece mantenerse a largo plazo tras cesar la intervención(27,30).

b.-Métodos indirectos: son los más utilizados por su sencillez, aunque no son totalmente objetivos ya que tienden a sobreestimar el cumplimiento, con lo que se identifica una parte de los no adherentes, no obstante, son válidos y pueden ser aplicados para cualquier fármaco(31-32). Aun cuando no se pueda cuantificar el cumplimiento, se puede valorar de forma subjetiva, utilizando valoraciones cualitativas, ya sea de forma nominal (buena o mala adherencia), u ordinaria en función del número de respuestas a través de un cuestionario y establecer un orden de puntuación. Los métodos indirectos de valoración de la adherencia son:

b.1.- Valoración del profesional de salud: es una evaluación directa y subjetiva realizada frecuentemente. Sin embargo, las diferentes experiencias publicadas han demostrado que sobreestiman notablemente la adherencia de las personas(33-34). El principal problema de esta sobreestimación es que no se identifica a muchas personas no adherentes, perdiéndose así la oportunidad de intervenir sobre su conducta y pudiéndose tomar decisiones terapéuticas con un elevado grado de empirismo.

b.2.- Sistemas de control electrónico (MENS: del inglés *Medication Event Monitoring System*): son sistemas de control electrónico de apertura de los envases, poseen un dispositivo a modo de tapa que contiene un microprocesador que registra la hora y día en que se ha abierto el envase. Son considerados métodos objetivos y fiables, teniendo una alta correlación con la efectividad de tratamiento(35). No obstante, estos métodos han sido utilizados principalmente en el campo de la investigación para



establecer la validez de otros métodos, por lo que no existe información suficiente como para recomendar su utilización rutinaria en clínica, además de su elevado costo(35-37).

b.3.- Conteo de fármacos: Es un método poco costoso, por lo que se ha utilizado con éxito en otras enfermedades crónicas, pero presenta importantes limitaciones cuando se aplica al cálculo de la adherencia a la TAR, debido a que devolver los fármacos sobrantes es molesto y engorroso para las personas y recontarla resulta complejo para los profesionales. Por lo demás es una medida fácilmente manipulable. Actualmente se considera un método aceptable, siempre y cuando se realice en combinación con otros(36, 38). El cálculo de la adherencia se realiza a través de la siguiente fórmula:

$$\% \text{ de adherencia} = \frac{(\text{N}^\circ \text{ unidades dispensadas} - \text{N}^\circ \text{ unidades devueltas}) \times 100}{\text{N}^\circ \text{ unidades prescritas}}$$

b.4.- Registros de farmacia: Este método se basa en asumir que *“una persona no puede tomar la medicación que no le es dispensada y de que toma de forma adecuada aquella que se le dispensa”*. Así, una persona no será adherente si no recoge en intervalos adecuados la cantidad necesaria para cubrir el período de tratamiento para el que se dispensa. Posee la desventaja de ser un método que suele sobreestimar la adherencia al asumir que la persona toma lo que se le despacha y no considera posibles acumulaciones de fármacos por retiros cercanos. No obstante, se ha visto una buena correlación con los resultados virológicos(39-40), con aceptable especificidad y sensibilidad.

Este método es relativamente objetivo, los registros se realizan de forma rutinaria, independientemente de que se aborden estudios de adherencia, y las aplicaciones informáticas disponibles son cada vez más sofisticadas, lo que facilita la explotación de estos datos. Por ello, la coordinación con el servicio de farmacia para el análisis y



rescate de estos datos a través del farmacéutico, convierten a este método en uno francamente recomendable en su aplicación rutinaria.

b.5.- Cuestionarios: Este método consiste en solicitar a la persona usuaria que conteste unas preguntas previamente definidas para que, en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Es un sistema que requiere pocos recursos, asequible y adaptable a las características de cada centro. Se pueden realizar dos tipos de intervenciones:

b.5.1- Relacionadas al reconocimiento de fármacos: si bien no consiste en un cuestionario estructurado, esta medida sirve para evaluar si la persona conoce sus medicamentos y sabe cómo tomarlos, no trata de evaluar la adherencia, sino de detectar si el problema se debe a un mal conocimiento de los fármacos.

b.5.2- Relacionadas a la adherencia autorreportada: es un cuestionario estructurado, que incluye preguntas: cómo son administrados, cómo toma sus fármacos, causas de olvido, entre otras, y que son aplicadas ya sea a través de un entrevistador quien realice las preguntas o mediante un cuestionario autoadministrado. Es una herramienta muy útil debido a su bajo costo y poca dificultad de aplicación. Además, es el único sistema que puede aportar información sobre los motivos de la mala adherencia. Poseen la desventaja de que los cuestionarios difieren mucho unos de otros, lo que los hace poco comparables. Por otro lado, interviene la subjetividad del entrevistador y tiene sesgo de selección ya que responderán las personas más motivadas. Aunque en general sobreestima la adherencia, parece tener un valor predictivo alto cuando refieren mala adherencia.



c.- Cuestionarios para la evaluación de adherencia: Algunos de los cuestionarios utilizados para la valoración de la adherencia en personas viviendo con VIH son:

c.1.- Cuestionario de “Morisky-Green”:

Es el cuestionario pionero en medir adherencia, ha sufrido modificaciones y adaptaciones para dar nacimiento a otros, tales como el cuestionario SMAQ. El original incluye 4 preguntas de respuesta voluntaria, se considera adherente a la persona que responde de forma negativa a las 4 preguntas, es decir, No/No/No/No, y si contesta “Si” en al menos una de las preguntas se clasifica como no adherente (Tabla N°2):

Tabla N° 2: Test de Morisky-Green.

Preguntas	SI	NO
1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?		
2.- ¿Toma los medicamentos a otra hora de la indicada?		
3.- Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?		
4.- Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlos?		



c.2.- SMAQ (*Simplified Medication Adherence Questionnaire*): Incluye seis puntos, en donde se integra el carácter multidimensional de la adherencia al tratamiento y la medida de las dosis olvidadas, aunque tiene como limitaciones la predisposición de la persona a omitir aquellos aspectos negativos de su cumplimiento, así como su carácter retrospectivo, lo que hace que dependa del recuerdo. (Tabla N°3)

Tabla N° 3: Cuestionario SMAQ.

1.- Alguna vez ¿Olvida tomar sus medicamentos?	SI	NO
2.- ¿Toma siempre los medicamentos a la hora indicada?	SI	NO
3.- Alguna vez ¿Deja de tomar los medicamentos si se siente mal?	SI	NO
4.- ¿Olvidó tomar los medicamentos durante el fin de semana?	SI	NO
5.- En la última semana ¿Cuántas veces se le olvidó alguna dosis?	A: Ninguna B: 1 a 2 C: 3 a 5 D: 6 a 10 E: más de 10	
6.- Desde la última visita ¿Cuántos días completos olvidó tomar los medicamentos?	Días:	

Se considera no adherente:1:sí; 2:no; 3:sí; 4:sí; 5:C,D o E; 6:más de 2 días.

El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

- A: 95-100% de adherencia
- B: 85-94% de adherencia
- C: 65-84% de adherencia
- D: 30-64% de adherencia
- E: < 30% de adherencia



W

c.3.- ESPA (escala simplificada para detectar problemas de adherencia al tratamiento antirretroviral): El cuestionario integra medidas multidimensionales y de pérdida de dosis. La escala consta de seis preguntas con respuesta dicotómica (positivo o negativo). (Tabla N° 4)

Tabla N° 4: Cuestionario ESPA

Preguntas	SI	NO
1.- La persona usuaria acudió por los medicamentos de acuerdo a las fechas de retiro o de manera justificada.		
2.- La persona usuaria conoce cómo tomar sus medicamentos.		
3.- La persona usuaria conoce el nombre (marca comercial o principio activo) de los medicamentos que toma.		
4.- La persona usuaria toma sus medicamentos de forma adecuada respecto a los hábitos, alimentación.		
5.- Evolución clínica adecuada y valoración subjetiva buena.		
6.- La cantidad de medicamento que la persona usuaria conserva en su domicilio no supera la cantidad necesaria para 15 días de tratamiento.		

La ESPA en conjunto se puntúa ente 1 y 6. Se considera que la persona no presenta problemas relacionados con la adherencia cuando el puntaje obtenido es de 5 ó 6 repuestas positivas y como no adherentes cuando el puntaje es inferior a 5. Sin embargo, si las repuestas 1, 2 o ambas son negativas el paciente se cataloga como no adherente independiente del puntaje obtenido.



Tabla 5. Resumen de las ventajas y limitaciones de cada método.

Método indirecto	Ventajas	Limitaciones
Valoración del profesional sanitario	Sencillez	Subjetividad
MEMS	Correlación con eficacia virológica Permite conocer patrones de adherencia en el tiempo	Costo elevado Uso sólo en investigación Infraestimación o sobreestimación de la adherencia Vulnerable a fallos tecnológicos
Conteo de fármacos	Bajo costo Correlación con eficacia virológica	Sobreestimación de la adherencia Necesidad de colaboración del usuario/a Se asume que la persona no acumula medicamentos
Registros de dispensación	Sencillo de implementar Correlación con resultados clínicos Mide adherencia	Sobrestimación de la adherencia No fiable si la persona comparte los medicamentos Se asume que la dispensación equivale a adherencia
Cuestionarios	Bajo costo Facilidad de implementación Correlación con resultados virológicos Permite calcular adherencia cualitativa, cuantitativa y motivos de no adherencia	Falta de estandarización, elevada heterogeneidad Pocos validados Sobreestimación de la adherencia Sesgo de memoria Baja sensibilidad



W

5.- SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE ADHERENCIA.

La consejería posterior al control médico debe ser un espacio donde la persona usuaria pueda recibir información detallada de su TAR, fomentar la adherencia y ser reorientada respecto de los procesos administrativos que están involucrados en su atención.

Esta consejería debe ser realizada idealmente en un espacio privado donde no existan distractores para la persona, otorgando una escucha activa a todo lo que necesite compartir o consultar. La cantidad de información entregada debe ser limitada, especialmente si se encuentra emocionalmente lábil, abordando los temas pendientes en posteriores seguimientos.

La información o puntos para tratar en dicha atención deberían ser:

- Recopilar información del conocimiento previo de la persona respecto al VIH, tanto a nivel biopsicosocial como clínico, con el fin de identificar estigma y discriminación que podrían afectar negativamente la adherencia.
- Abordar temas que ayuden a derribar el estigma y discriminación, como por ejemplo que una PVVIH indetectable no transmite el VIH, con el fin de fomentar la adherencia.
- Indagar sobre los medicamentos y suplementos que la persona consume con el fin de identificar posibles interacciones farmacológicas (fármaco-fármaco, fármaco-nutriente, fármaco-drogas) que podrían afectar la eficacia de la TAR.
- Preguntar por hábitos como tabaco, alcohol, consumo de sustancias psicoactivas o por prácticas como el chemsex. Se debe incentivar a la persona a evitar su consumo o a minimización de los riesgos asociados a su consumo. Se debe entregar información adecuada sobre redes de apoyo frente a problemas de consumo y además se debe orientar respecto a la forma segura de tomar su TAR.
- Presentarle su TAR, indicar claramente la posología, dosis, número de comprimidos, posibles reacciones adversas y relación con los alimentos.
- Indicar el modo de proceder frente a dudas o apariciones de reacciones adversas.
- Evaluar la adherencia a la TAR, evitar que la retroalimentación tenga algún tipo de juicio.



6.- USO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS PARA EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE ADHERENCIA

Las estrategias basadas en el uso de servicios digitales tales como: telemedicina, mensajería de texto, registro clínico electrónico, receta digital, entre otros; han surgido como herramientas complementarias a la atención estándar en el cuidado de PVVIH.

Dichas herramientas han demostrado utilidad en diversos ámbitos con especial interés en la adherencia al tratamiento. Dado que, además de registrarla y medirla existe consenso en considerar que la tecnología digital puede ser efectiva para mejorarla, si bien las evidencias publicadas ofrecen resultados contradictorios, se considera en general que las intervenciones a través de mensajes de texto o llamadas telefónicas a pesar de sus limitaciones (teléfonos compartidos, números de teléfonos inestables) son las más eficaces. Algunas intervenciones basadas en videos, cuestionarios o iniciativas en entorno web también han demostrado su utilidad(41-44).

Recientemente una revisión sistemática con metaanálisis demostró que el uso de telemedicina aumenta la adherencia al tratamiento, reducen los síntomas depresivos y mejoran la calidad de vida percibida. Por lo cual, una gestión clínica remota puede ser considerada una opción dado que adecúa y facilita la atención al estilo de vida de la persona(45).

Es importante tener en consideración que las diferentes estrategias digitales pueden tener distinta eficacia de acuerdo con la población en donde se apliquen (hombre que tienen sexo con hombre, personas transgénero, personas usuarias con determinantes sociales y variables socioculturales complejas, etc), por lo cual es necesario evaluarlas en cada una de ellas(41-44, 46).

Considerando que los efectos de cualquier intervención tienden a disminuir con el paso del tiempo y que las barreras para la adherencia son complejas y cambian según los contextos, es que se hace necesario pensar en acciones a largo plazo que permitan establecer un perfil de personas con mayor riesgo a tener mala adherencia y fracasar en su tratamiento(47-48).



7.- ROL Y FUNCIONES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Dada la complejidad de la fisiopatología de la infección por VIH, del manejo de las complicaciones oportunistas y de la amplia variedad y disponibilidad de fármacos antirretrovirales, como también de las variables socioculturales complejas, la atención de personas que viven con VIH requiere un enfoque multidisciplinario, alto nivel de capacitación profesional y recursos tecnológicos. El acceso a tratamiento antirretroviral ha transformado el VIH/SIDA en una condición de manejo ambulatorio con una significativa reducción en los requerimientos de hospitalización y la utilización de recursos del nivel hospitalario.

A continuación, se definen las funciones y rol clínico de cada profesional involucrado en la atención para el manejo y promoción de la adherencia. Las funciones específicas de gestión son abordadas en el Modelo de atención integral vigente a la fecha(49).

a.- Rol del profesional de matronería/enfermería: Los/las profesionales de salud proporcionarán apoyo e información sobre la patología, basándose en las necesidades individuales de cada persona. Es importante que la persona sea consciente de su enfermedad, entienda el objetivo del tratamiento antirretroviral y participe activamente en la toma de decisiones clínicas. El personal de matronería y enfermería debe realizar una valoración integral que englobe las necesidades y expectativas manifestadas por las personas usuarias y tras dicha evaluación se debe realizar una planificación, aplicación, monitorización y evaluación de las actividades necesarias para satisfacer las necesidades de salud, proporcionando una atención integral y personalizada(50).

Respecto a adherencia, un estudio de intervención basado en la autogestión, realizado por personal de enfermería, ha demostrado mayor porcentaje de indetectabilidad en las personas usuarias, y resultó costo-efectivo respecto al control de la adherencia por métodos habituales(51). Por otro lado, existen diversas instancias en la atención de salud que permiten observar y detectar posibles efectos adversos del tratamiento e infecciones oportunistas concomitantes, la valoración del estado nutricional con el fin de proporcionar educación sobre requerimientos dietéticos relacionados con la terapia antirretroviral y el estado



nutricional de cada persona en colaboración con el/la profesional especialista (Nutricionista, Nutriólogo/a). Además, es necesario evaluar constantemente la situación emocional, detectando la presencia de ansiedad, depresión, estrés, adicción a sustancias psicoactivas y alcohol, como factores de riesgo relacionados con el mal cumplimiento terapéutico(52) que dificulten una adherencia adecuada, considerando la derivación a una intervención psicológica y psiquiátrica como parte importante de la asistencia habitual, dada la elevada prevalencia de estas enfermedades en PVVIH. El trabajo multidisciplinario es fundamental en el seguimiento personalizado de la adherencia, facilitando el óptimo cumplimiento del tratamiento y el acceso a los fármacos mediante comunicación directa con la unidad de farmacia del establecimiento para contar con la información de retiros y eventual pesquisa de abandonos y activar protocolos de rescates, de ser necesario.

Basado en los puntos previamente expuestos y en la evidencia científica(53) es fundamental considerar el rol del personal de matronería y enfermería como un elemento pilar que reúna las necesidades de las PVVIH y de coordinación de los recursos a través de la planificación y de la adecuada gestión de los cuidados, recogiendo información específica, identificando problemas, diseñando planes de intervención junto al resto del equipo, coordinando las actividades de los profesionales y los distintos servicios de apoyo, con el propósito de movilizar los recursos necesarios que garanticen una atención integral y continua.

b.- Rol del profesional químico farmacéutico: Además de las funciones de gestión de dicho profesional, las cuales corresponden a la provisión de servicios farmacéuticos, la elaboración de registros e informes para el control de gestión, actividades de coordinación, planificación, capacitación e investigación, el personal de química y farmacia con capacitación en VIH es clave en la valoración sistemática y en la mejora de la adherencia, tanto al tratamiento antirretroviral como uso de otros fármacos concomitantes para el tratamiento de comorbilidades.



La atención farmacéutica (AF) al momento de la dispensación del tratamiento es una intervención esencial para monitorizar la adherencia y desarrollar intervenciones educativas, motivacionales y conductuales que permitan reforzarla(54-56).

Las acciones específicas podrán ser desarrolladas tanto a nivel de planta física de farmacia, como en las unidades clínicas de atención. Por lo tanto, su trabajo estará estrechamente coordinado con el Centro de Atención VIH y es fundamental que cuente con una formación o capacitación clínica en VIH/SIDA.

En la consulta, debe promover un clima de confidencialidad y confianza con la persona usuaria para facilitar la comunicación, con el fin de lograr detectar e identificar los factores de riesgos asociados a una adherencia subóptima, con énfasis en los factores dependientes del tratamiento antirretroviral. Respecto a lo anterior, cabe destacar su importancia en la detección y manejo de los posibles eventos adversos e interacciones farmacológicas asociadas a la TAR y otras farmacoterapias concomitantes, así como también, al reconocimiento del consumo de sustancias psicoactivas y a la minimización de riesgos respecto a su consumo.

Su labor debe poner foco en la revisión y conciliación de los diferentes tratamientos farmacológicos a la situación clínica de la PVIH en cada consulta, y en la monitorización continua de los resultados reportados tanto en su ficha clínica como por la propia persona.

Es fundamental generar vínculos de confianza suficientes para que la persona exprese sus dudas, dificultades e inquietudes y poder, de este modo, individualizar las intervenciones en función de las barreras detectadas. Para el desarrollo adecuado de esta labor, resulta fundamental la estratificación de sus necesidades, la motivación de la entrevista y el uso de las nuevas tecnologías para un contacto permanente – *concepto de “Atención Farmacéutica CMO” (capacidad-motivación-oportunidad)*-, de manera de identificar y solucionar aquellas situaciones que puedan comprometer la adherencia. Es por lo anterior, que las nuevas



tecnologías permiten realizar AF a distancia, de forma continua y adaptada a las necesidades de la persona usuaria, monitorizar la adherencia y ayudarla con la toma de sus fármacos mediante alarmas, uso de aplicaciones en dispositivos móviles y servicios de mensajería si fuese posible(58-60).

A modo de resumen, el rol de este profesional farmacéutico es de consultoría y asesoría, motivando a la persona usuaria y ofreciendo la información necesaria mediante un lenguaje técnico reducido que pueda comprender y le permitan tomar decisiones adecuadas. Durante la consulta de AF se debe resaltar la importancia que tiene la adherencia al tratamiento en su totalidad, no únicamente centrado en la TAR, sino más bien de todos sus problemas de salud concomitantes, identificar posibles barreras y potenciar los aspectos positivos para mantener una buena adherencia(57). Por último, debe reforzar la importancia de mantener la regularidad en las citas programadas por parte del personal médico tratante y de todo el equipo multidisciplinario.



Tabla 6. Objetivos de la consulta de Atención Farmacéutica

Fase	Objetivo
<p>Prospección/anamnesis farmacéutica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Averiguar el nivel de conocimientos de la persona sobre su enfermedad y tratamiento para resolver dudas y aclarar conceptos erróneos. ▪ Conocer su estilo de vida, horarios y actividades cotidianas para poder, posteriormente, establecer un esquema individualizado de toma de medicamentos. ▪ Averiguar y revisar el resto de los fármacos que está tomando (incluyendo automedicación, medicina alternativa, etc.) y monitorizar las posibles interacciones. ▪ Analizar todos los condicionantes que pueden influir en la adherencia ▪ Monitorizar la adherencia a la TAR y a los fármacos concomitante.
<p>Educación/Motivación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transmitir a la persona usuaria los conocimientos suficientes para conseguir una correcta utilización de los medicamentos y, por tanto, obtener el máximo beneficio optimizando así el tratamiento antirretroviral. ▪ Proporcionar información oral y escrita sobre el tratamiento y la planificación de éste según sus necesidades y hábitos particulares. La información básica debe incluir el nombre del fármaco, dosis, frecuencia, acción/efecto del medicamento, consideraciones y consejos sobre su administración y conservación, interacciones relevantes y efectos adversos más importantes o aquellos que tengan más probabilidad de aparecer. ▪ Resaltar la importancia de la adherencia al tratamiento y motivarlos/as para tomar adecuadamente los medicamentos. ▪ Establecer la estrategia más eficaz para mejorar la adherencia tanto al tratamiento ARV como a los fármacos concomitante de forma individualizada de acuerdo con las características de la persona.
<p>Dispensación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Despacho informado (dispensación), idealmente para más de 1 mes
<p>Planificación próximo control</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación de la siguiente visita a la consulta de AF en coordinación con las citaciones del resto del equipo atención.



c.- **Rol del profesional de psicología:** La falta de adherencia en numerosas personas puede atribuirse a problemas emocionales, relacionados en forma directa o indirecta con la enfermedad. (61) En ocasiones, al tratarse de una enfermedad asintomática durante largos periodos, algunas PVVIH presentan una escasa percepción de su condición y esto puede manifestarse en un cuidado inadecuado de su salud(62).

El personal de psicología puede intervenir ayudando a realizar un adecuado ajuste al proceso de enfermedad y así lograr una correcta adherencia al tratamiento(61). Así, Orueta (2005) hace énfasis en las principales recomendaciones para la intervención con pacientes crónicos(63):

- i. Promover la relación médico-paciente
- ii. Sugerir al equipo, si fuese necesario, la simplificación del tratamiento
- iii. Informar sobre la enfermedad y el tratamiento
- iv. Hacerlo/a partícipe del plan terapéutico
- v. Psicoeducación
- vi. Involucrar a la familia
- vii. Fijar metas periódicas
- viii. Incentivar a cumplir con indicaciones del equipo de salud
- ix. Llamar si no acude a la atención.

Es fundamental indagar sobre los cuadros de ansiedad y depresión, muy frecuentes no sólo en personas con diagnóstico reciente, sino también en aquellas que llevan un largo periodo de tratamiento y que pueden presentar cansancio y abatimiento(62). Así, la depresión, la ansiedad, el consumo de sustancias y la percepción de estigma, entre otros, se han asociado a niveles inadecuados de adherencia(64).

El entorno social y familiar juega un papel fundamental en la problemática del VIH, ya que una contribución positiva del entorno potenciará la adherencia. Por ello siempre que sea posible



se deberá involucrar a las personas emocionalmente significativas para la PVVIH en el proceso de su enfermedad(62).

Finalmente es fundamental contar con la máxima disponibilidad del equipo de salud (médicos/as, farmacéuticos/as, enfermeras/os, matronas/es, psicólogos/as, trabajador/a social, entre otros) para resolver las dudas y problemas que la PVVIH pueda presentar a lo largo de su tratamiento(62).

d.- Rol del profesional de trabajo social: La existencia del VIH/SIDA no constituye únicamente un problema epidemiológico, político o económico sino también social. Es más, se trata de un problema que produce repercusiones sociales no tan sólo en la vida de quienes adquieren la infección sino también en su entorno familiar. De ahí que, para intervenir en el mismo, es necesario contar con una visión multidisciplinaria, holística, humanista y de derechos que involucre el actuar del profesional de trabajo social(65).

En el ámbito de lo psicosocial, el VIH tiene múltiples impactos; la estigmatización, la discriminación, la exclusión y la opresión hacia quienes lo tienen(66). Esta estigmatización puede cobrar vida a través del abandono familiar y social que enfrentan dichas personas, resultado de las falsas creencias atribuidas al VIH las cuales repercutirán en la aparición de problemas psicológicos, tales como: sensaciones de frustración profunda, de depresión e ideación o intento de suicidio(67). Estas consecuencias, observadas en la literatura, muestran que las PVVIH deben enfrentar situaciones estresantes en torno a su medio ambiente, lo que produce una especie de «muerte social» que ellos experimentan en su andar cotidiano(68).

Más allá de las observaciones ontológicas o reflexiones generales, que nos permitan dar paradigmas y bases metodológicas con un sustento técnico y competente, es importante señalar que desde el primer contacto con la PVVIH, red familiar, pareja u otros significativos en su proceso de tratamiento y atención con el trabajador social, éste realizará diversas entrevistas para conocimiento de la persona, las que consistirán en evaluación y aproximación



a la realidad personal, clínica, psicosocial y de antecedentes generales, tales como: situación emocional, situación migratoria, previsional, de empleo, red familiar, de pareja, situación de salud actual, revelación diagnóstica, comorbilidades, conductas de riesgo sexual, consumo de sustancias, conocimiento de la enfermedad, situación laboral, transmisión vertical, entre otros temas a tocar en las entrevistas. En este sentido, el equipo clínico podrá detectar fortalezas y debilidades que aporten a explicar y evaluar la adherencia, proponiendo diversas estrategias para su fortalecimiento en una línea de tiempo concreta y con planes de acción. Cabe destacar que existe un Protocolo de rescate, considerado en los Compromisos de Gestión (COMGES) vigentes, que considera la participación de los equipos de atención para abordar y liderar las acciones concretas, operacionalizadas y medibles, que buscan poder rescatar a las PVVIH con abandono de más de seis meses a controles y TAR(69). Para su implementación es necesario un trabajo coordinado en red con los distintos niveles de atención.

Es importante relevar que el rol de “puente” del personal de trabajo social entre la PVVIH y su equipo de salud, debe incluir hoy por hoy una potente mirada del fenómeno migratorio y acciones que apunten en ese sentido, donde las barreras idiomáticas y culturales de la población migrante deberán ser abordadas en su integralidad, desde la coordinación con facilitadores interculturales y de idiomas, hasta acciones más asistenciales como procesos de regularización migratoria, fundamentales para la tranquilidad de las personas en sus atenciones en salud con plenos derechos y donde puedan recibir la información respecto de su enfermedad y tratamientos de la forma más amigable posible, contribuyendo a la adherencia.

e.- Rol del profesional médico: La adherencia es un proceso complejo, por tanto, los intentos por mejorarla deben ser multidisciplinarios, y el rol del personal médico es básico en la gestión y liderazgo del equipo de salud.



Es fundamental lograr una adecuada comunicación que facilite la toma de decisiones compartidas, explicando claramente los beneficios de la TAR y el concepto de la indetectabilidad = intransmisibilidad (I=I). Adicionalmente, es relevante explicar siempre las bases conceptuales de manera simple y clara en relación con los objetivos terapéuticos, como son lograr la supresión viral y el repunte inmunológico. Esto quiere decir, por ejemplo, que una carga indetectable no significa “cura” y que pese a una CV indetectable existen reservorios (o virus alojados en otras células y tejidos no detectables en la CV) que se activarán si hay suspensión de TAR.

Es vital despejar los mitos en relación con la suspensión de TAR frente al consumo de alcohol y drogas recreativas (chemsex) y obviamente solicitar siempre orientación frente al consumo potencial de otras sustancias o mezclas de éstas. Así como también motivar la orientación o consulta cuando se prescriban otros medicamentos por patologías agudas y crónicas desarrolladas en el curso de vida.

Como parte de la anamnesis habitual en las personas usuarias se debe indagar en factores que potencialmente puedan ser barreras para una adecuada adherencia que incluye:

- Antecedentes mórbidos, incluyendo salud mental
- Consumo de medicamentos y otras sustancias
- Nivel educacional, evaluando las dificultades de lenguaje, comunicación y comprensión
- Redes de apoyo social o familiar, incluyendo nivel socioeconómico y vivienda (pobreza, situación de calle)

Las consideraciones generales incluyen:

- Informar a la PVVIH, prever y tratar los efectos adversos potenciales.
- Simplificar los requisitos alimentarios y de complementos como vitaminas.
- Preguntar por comorbilidades y medicamentos consumidos para evitar las interacciones medicamentosas adversas.

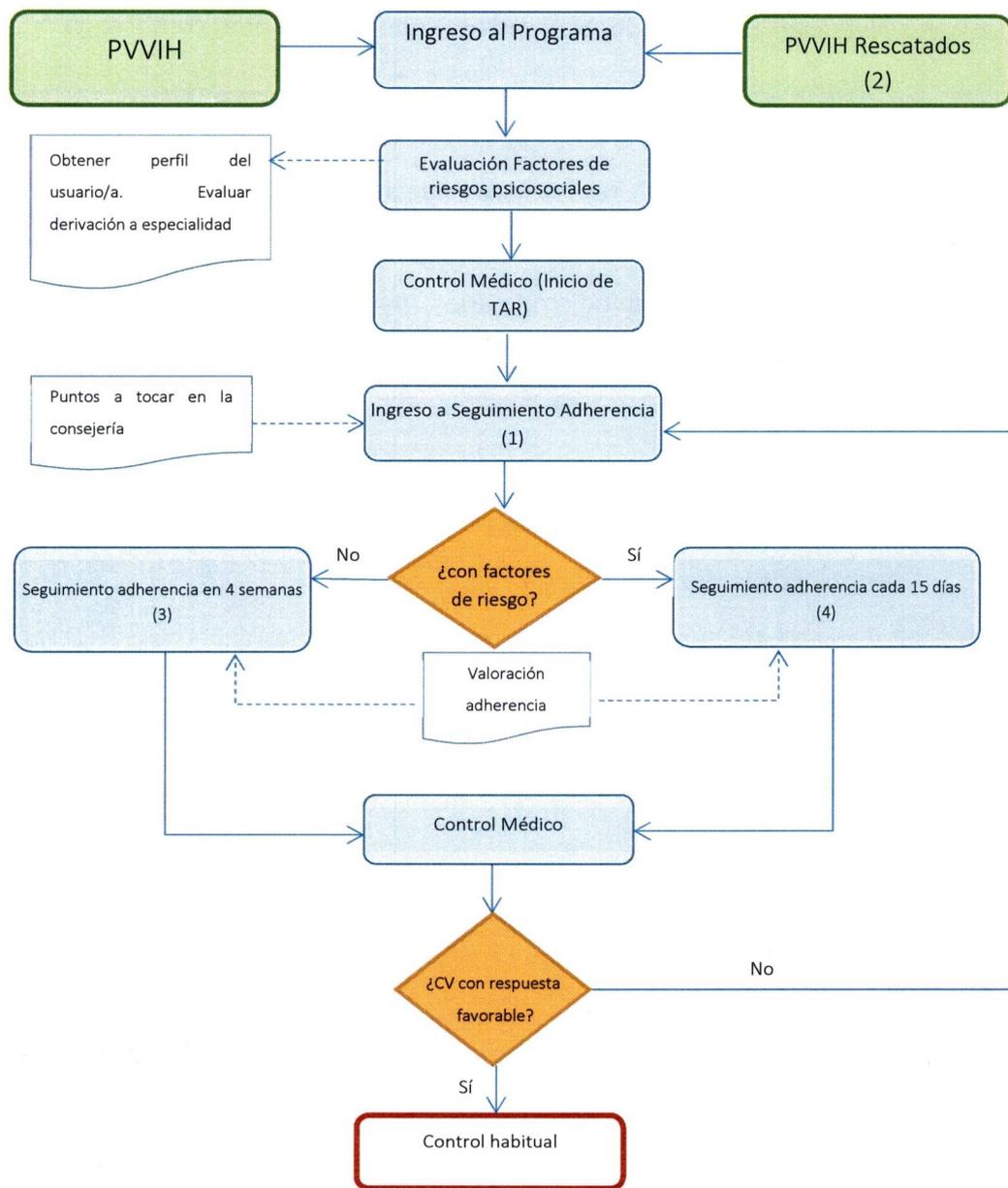


- Simplificar el tratamiento lo más posible, es ideal un comprimido de una toma al día, y si no fuese posible, reducir la frecuencia de dosis y el número de comprimidos.
- Negociar un plan de tratamiento que la persona comprenda y con el cual se comprometa.
- Tomarse el tiempo para educar y explicarle los objetivos del tratamiento y la necesidad de la adherencia, y citar las veces que sea necesario según la disponibilidad de cada centro.
- Derivar a equipo multidisciplinarios (personal de enfermería/matronería, farmacia, trabajo social, psicología y otras) según las potenciales barreras detectadas en la entrevista.
- No delegar todo el proceso en el resto de equipo, sino que debe ser complementario desde las distintas miradas y aportes de las otras especialidades involucradas en el control de la persona usuaria.



M

FLUJOGRAMA ATENCIÓN AMBULATORIA



- (1) Realizado por profesional no médico.
- (2) Según protocolo de rescate.
- (3) Control presencial, contacto vía teléfono y/o email institucional con el paciente.
- (4) Control presencial o evaluar contacto telefónico. Seguimiento de las derivaciones realizadas.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Mannheimer SB, Morse E, Matts JP, Andrews L, Child C, Schmetter B, Friedland GH. Sustained benefit from a long-term antiretroviral adherence intervention. Results of a large randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 43 Suppl 1: S41-7.
- 2 Conway B, Prasad J, Reynolds R, Farley J, Jones M, Jutha S, et al. Directly observed therapy for the management of HIV-infected patients in a methadone program. *Clin Infect Dis* 2004; 38 Suppl 5:S402-8.
- 3 Jácome C, Pereira AM, Almeida R, et al. Patient-physician discordance in assessment of adherence to inhaled controller medication: a cross-sectional analysis of two cohorts. *BMJ Open*. 2019;9(11):e031732.
- 4 SiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review 50 years of research. *Med Care* 2004, Mar; 42(3):200-209.
- 5 Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*. 2019;393(10189):2428-2438. doi:10.1016/S0140-6736(19)30418-0
- 6 Jessica de Mattos Costa, Thiago Silva Torres, Lara Esteves Coelho and Paula Mendes Luz. "Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society* 2018, 21: e25066
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25066/full> <https://doi.org/10.1002/jia2.25066>
- 7 Tomás Serón y Felipe Echeverría. "Psiquiatría y VIH". *Rev. GPU* 2018; 14; 1; 45-50.
- 8 MINSAL. Plan Nacional de Salud Mental, 2017.
- 9 Daughters S, Magidson J, Schuster R, Safren S. ACT HEALTHY: A combined cognitive-behavioral depression and medication adherence treatment for HIV-infected substance users. *Cogn Behav Pract* 2010; 17 (3): 309-21.
- 10 Salazar, Luis Miguel; de la Hoz, Alejandro; Ruiz Gaviria, Rafael; Valderrama, Sandra Liliana; Gómez Restrepo, Carlos Trastornos neuropsiquiátricos en la población con VIH: una revisión narrativa *Universitas Médica*, vol. 58, núm. 1, 2017 Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- 11 Hicks PL, Mulvey KP, Chander G, Fleishman JA, Josephs JS, Korhuis PT, et al. The impact of illicit drug use and substance abuse treatment on adherence to HAART. *AIDS Care*. 2007 Oct; 19 (9):1134-409.
- 12 MINSAL. Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. 2013
- 13 Gallego L, Barreiro P, López-Ibor JJ. Diagnosis and clinical features of major neuropsychiatric disorders in HIV infection. *AIDS Rev*. 2011 Sep;13(3):171-9
- 14 Organización de Naciones Unidas (ONU/SIDA). Fast-Track and human rights advancing human rights in efforts to accelerate the response to HIV. 2017. Ginebra, Switzerland.



- 15 GOFFMAN G. Estigma: La identidad deteriorada. 1ra edición. 10° reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- 16 Organización de Naciones Unidas (ONU/SIDA). Confronting discrimination Overcoming HIV-related stigma and discrimination in health care settings and beyond. 2017. Ginebra, Switzerland.
- 17 Dan Lin, Chun-yang Zhang, Zi-kai He and Xiao-dong Zhao. How does hard-to-reach status affect antiretroviral therapy adherence in the HIV-infected population? Results from a meta-analysis of observational studies. BMC Public Health. 2019; 19: 789. Published online 2019 Jun 2
- 18 Kalichman SC, Rompa D, DiFonzo K, Simpson D, Austin J, Luke W, et al. HIV treatment adherence in women living with HIV/AIDS: Research based on the information-motivation-behavioral skills model of health behavior. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 2001; 12(4):58-67.
- 19 Kalichman SC, Cherry J, Cain D. Nurse-delivered antiretroviral treatment adherence intervention for people with low literacy skills and living with HIV/AIDS. Journal of the Association of Nurse in AIDS Care 2005;16(5):3-15.
- 20 WHO. Hacia el acceso universal. Expansión de las intervenciones contra VIH/sida en el sector de la salud. Informe sobre los progresos realizados en 2010. 2010; Disponible en: http://www.who.int/hiv/accessformedia/summary_es.pdf.
- 21 Lima VD, Harrigan R, Bangsberg DR, Hogg RS, Gross R, Yip B, et al. The combined effect of modern highly active antiretroviral therapy regimens and adherence on mortality over time. J Acquir Immune Defic Syndr 2009 Apr 15; 50(5):529-536.
- 22 Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, et al. Development of the patient activation measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. Health Serv Res 2004; 39:1005-26. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x
- 23 Kindelan JM, del Amo J, Martín C, Saiz P, Pulido F, Laguna F. Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2002; Supl.2 (20):19-28.
- 24 Brown MT1, Bussell J2, et al. Medication Adherence: Truth and Consequences. Am J Med Sci. 2016 Apr; 351(4):387-99.
- 25 Mutasa-Apollo T, Ford N, Wiens M, et al. Effect of frequency of clinic visits and medication pick-up on antiretroviral treatment outcomes: a systematic literature review and meta-analysis. J Int AIDS Soc. 2017 ;20(Suppl 4):2164. DOI: 10.7448/IAS.20.5.21647
- 26 Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice Clin Ther 1999;21(6):1074-1090.
- 27 Hart JE, Jeon CY, Ivers LC, Behforouz HL, Caldas A, Drobac PC et al. Effect of directly observed therapy for highly active antiretroviral therapy on virologic, immunologic, and adherence outcomes: a meta-analysis and systematic review. J Acquir Immune Defic Syndr 2010;54(2):167-179



- 28 López Aspiroz E, et al. Nuevas estrategias en la optimización posológica de lopinavir/ritonavir en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012. doi:10.1016/j.eimc.2011.11.018.
- 29 Demeter LM, Jiang H, Mukherjee AL, Morse GD, DiFrancesco R, DiCenzo R, et al. A randomized trial of therapeutic drug monitoring of protease inhibitors in antiretroviral-experienced, HIV-1-infected patients. *AIDS*. 2009; 23:357–68.
- 30 Berg KM, Litwin AH, Li X, Heo M, Arnsten JH. Lack of sustained improvement in adherence or viral load following a directly observed antiretroviral therapy intervention. *Clin Infect Dis* 2011;53(9):936-943.
- 31 Náfrádi L1, Nakamoto K1, et al. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*. 2017 Oct 17;12(10):e0186458
- 32 Arnsten JH, PA Demas, H Farzadegan, et al. La terapia antirretroviral y la dherencia supresión viral en los usuarios de drogas infectados por el VIH: Comparación de auto-reporte y monitoreo electrónico *Clin Infect Dis* . 15 de octubre 2001; 33 (8) :1417-1423.
- 33 Murri R, Antinori A, Ammassari A, Nappa S, Orofino G, Abrescia N, et al. AdCoNA Study Group. Physician estimates of adherence and the patient-physician relationship as a setting to improve adherence to Antiretroviral Therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*.2002.31 Suppl 3:S158-62
- 34 Miller LG, Liu H, Hays RD, Golin CE, Beck CK, Asch SM, et al. How well do clinicians estimate patients' adherence to combination antiretroviral therapy? *J Gen Intern Med* 2002;17 (1):1-11
- 35 Vervloet M1, Linn AJ, et al. The effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: a systematic review of the literature. *J Am Med Inform Assoc*. 2012 Sep-Oct;19(5):696-704.
- 36 Deschamps AE, Graeve VD, van WE, De S, V, Vandamme AM, van VK et al. Prevalence and correlates of non-adherence to antiretroviral therapy in a population of HIV patients using Medication Event Monitoring System. *AIDS Patient Care STDS* 2004;18(11):644-657.
- 37 Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, Gonzalez J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS* 2002; 16 (4):605-13.
- 38 Arnsten JH, Demas PA, Farzadegan H, Grant RW, Gourevitch MN, Chang CJ, et al. Antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users: comparison of self-report and electronic monitoring. *Clin Infect Dis* 2001 Oct 15; 33 (8):1417-23.
- 39 Hugen PW, Langebeek N, Burger DM, Zomer B, Van Leusen R, Schuurman R, et al. Assessment of Adherence to HIV Protease Inhibitors: Comparison and Combination of Various Methods, Including MEMS (Electronic Monitoring), Patient and Nurse Report, and Therapeutic Drug Monitoring. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 30 (3):324-34.



- 40 Conn VS1, Ruppap TM, et al. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis. *Prev Med.* 2017 Jun;99:269-276.
- 41 Vieira IC, Gimenez MT, de Oliveira H. Information and communication technologies for adherence to antiretroviral treatment in adults with HIV/AIDS. *International Journal of Medical Informatics* 2016; 92:54–61.
- 42 Jongbloed K, Parmar S, van der Kop M et al. Recent Evidence for Emerging Digital Technologies to Support Global HIV Engagement in Care. *Curr HIV/AIDS Rep* 2015; 12: 451-61.
- 43 Muessig KE, LeGrand S, Horvath KJ et al. Recent mHealth interventions to support medication adherence among HIV-positive men who have sex with men. *Curr Opin HIV AIDS* 2017; 12(5):432-41
- 44 Amico KR. Evidence for Technology Interventions to Promote ART Adherence in Adult Populations: a Review of the Literature 2012–2015. *Curr HIV/AIDS Rep* 2015; 12:441–50.
- 45 Saragih ID, Tonapa SI, Osingada CP, Porta CM, Lee B-O. Effects of telehealth-assisted interventions among people living with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *Journal of Telemedicine and Telecare.* 2022;0(0).
- 46 Simoni JM, Kutner BA, Horvath KJ. Opportunities and Challenges of Digital Technology for HIV Treatment and Prevention. *Curr HIV/AIDS Rep* 2015; 12: 437–40.
- 47 Mills EJ Nachega JB Bangsberg DR et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Med.* 2006; 3: e438
- 48 Bangsberg DR Mills EJ et al. Long-term adherence to antiretroviral therapy in resource-limited settings: a bitter pill to swallow. *Antivir Ther.* 2013; 18: 25-28
- 49 MINSAL. Guía Clínica Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. 2005. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/85381414c5b611a9e04001011e015920.pdf>
- 50 Gómez Gómez Janny Juliana, Mayorga Calderón M^a Emilce, Pérez Moreno José Orlando, Rojas Sánchez Lyda Zoraya, Orozco Vargas Luis Carlos, Camargo Figuera Fabio Alberto. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas con VIH/SIDA. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2023 Ene 09]; 12(32): 1-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000400001&lng=es
- 51 de Bruin M, Oberje EJM, Viechtbauer W, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a nursedelivered intervention to improve adherence to treatment for HIV: a pragmatic, multicentre, openlabel, randomised clinical trial. *Lancet Infect Dis* 2017;17:595-604.
- 52 Ventura-Elías CD, González-Ortega Y. Cuidado de enfermería en pacientes con VIH: estigma y discriminación. *Revista Científica de Enfermería.* 2014;16(11):24-36.
- 53 López-Morales AB, Barrera-Cruz A, Alarcón-Morales C, Martínez-Ravelo R. Enfermería Basada en la Evidencia: plan de cuidados para pacientes con VIH/SIDA (parte 2). *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 15 de Enero de 2017;25(1):71-4



- 54 Morillo-Verdugo R, Calleja-Hernández MA, Robustillo Cortés MA. A new pharmaceutical care concept: more capable, motivated and timely. *Hospital Pharmacy*. 2019;1-3
- 55 McMillan SS, Kendall E, Sav A et al. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Med Care Res Rev*. 2013 Dec; 70(6):567-96. 39
- 56 Ryan KL, Jakeman B, Conklin J et al. Treatment of patients with HIV or hepatitis C by pharmacist clinicians in a patient-centered medical home. *Am J Health Syst Pharm*. 2019; 76(11):821-828.
- 57 Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés M, de LA, Martín Conde MT, et al. Effect of a structured pharmaceutical care intervention versus usual care on cardiovascular risk in HIV patients on antiretroviral therapy: INFAMERICA study. *Ann Pharmacother*. 2018; 52(11):1098-1108.
- 58 León A, Cáceres C, Fernández E et al. A new multidisciplinary home care telemedicine system to monitor stable chronic human immunodeficiency virus-infected patients: a randomized study. *PLoS One*. 2011 Jan 21;6(1):e14515.
- 59 Alexander E, Butler CD, Darr A, et al. ASHP statement on telepharmacy. *Am J Health Syst Pharm*. 2017; 74(9):e236-e241.
- 60 Quintana Y, Gonzalez Martorell EA, Fahy D, et al. A Systematic review on promoting adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients using mobile phone technology. *Appl Clin Inform* 2018;9(2):450-466. doi:10.1055/s-0038-1660516
- 61 Glynn TR, Safren SA, Carrico AW, et al. High Levels of Syndemics and Their Association with Adherence, Viral Non-suppression, and Biobehavioral Transmission Risk in Miami, a U.S. City with an HIV/AIDS Epidemic. *AIDS Behav*. 2019; 23(11):2956-2965. doi: 10.1007/s10461-019-02619-0.
- 62 Knobel H, Codina C, Miró JM, Carmona A, García B, Antela A et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18 (1):27-39
- 63 Orueta, R. (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 40-44
- 64 Panel de expertos de Gesida y Plan Nacional sobre el Sida. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Actualización enero 2022.
- 65 Vilches E. VIH y políticas preventivas en Chile. La importancia de la enunciación en la intervención desde trabajo social [Internet]. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2019 [citado: 2023, enero]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180094>
- 66 Herek GM. Beyond "homophobia": Thinking more clearly about stigma, prejudice, and sexual orientation. *Am J Orthopsychiatry*. 2015 Sep;85(5S): S29-37. doi: 10.1037/ort0000092. PMID: 26460712.
- 67 Kipp W, Matukala Nkosi T, Laing L, Jhangri GS. Care burden and self-reported health status of informal women caregivers of HIV/AIDS patients in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *AIDS Care*. 2006 Oct;18(7):694-7. doi: 10.1080/13548500500294401. PMID: 16971277.



my

- 68 Labra O, Neira C. Percepción de personas que viven con VIH/sida de la política de salud chilena. RRTS [Internet]. 1dic.2008 [citado 11 ene. 2023]; (3): 39-8. Disponible en: <https://revistafacso.ucecentral.cl/index.php/rumbos/article/view/187>
- 69 MINSAL 2023. Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud (COMGES)



ANEXOS

Anexo N°1

**CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL
 PACIENTE -9
 (PHQ-9)**

Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a cualquiera de los siguientes problemas?
 (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultades para quedarse dormido/a o mantenerse durmiendo, o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo/a — o sentir que es un/fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia	0	1	2	3
7. Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el diario o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado? O lo contrario — estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse a sí mismo/a de alguna forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
 =Total Score: _____

Si marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tanto le han dificultado estos problemas para realizar su trabajo, encargarse de las cosas en la casa, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil



Anexo N°2

AUDIT

Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT diciendo "Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año". Explique qué entiende por "bebidas alcohólicas" utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, pisco, ron, vodka, etc., y explique el concepto de TRAGO («bebidas estándar»). Recuerde, 1 TRAGO es aproximadamente una lata de cerveza, una copa de vino o un corto de licor (o un combinado suave). Marque la cifra de la respuesta adecuada y luego sume en los casilleros asignados.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?				
Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
0	1	2	3	4
2. ¿Cuántos TRAGOS de alcohol suele beber en un día de consumo normal?				
1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7, 8 ó 9	10 ó más
0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia toma 5 o más TRAGOS en un solo día?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
PUNTAJE AUDIT-C (suma puntaje de preguntas 1-3)				

HOMBRES: 0-4 puntos
MUJERES: 0-3 puntos
CONSUMO DE BAJO RIESGO
 Termine acá la evaluación y entregue INFORMACIÓN

HOMBRES: 5 puntos o más
MUJERES: 4 puntos o más
CONSUMO DE RIESGO
CONTINÚE con las preguntas 4-10

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?				
Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
0	1	2	3	4
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?				
No	Sí, pero no el curso del último año		Sí, el último año	
0	2		4	
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?				
No	Sí, pero no el curso del último año		Sí, el último año	
0	2		4	
PUNTAJE AUDIT (suma total de puntaje de preguntas 1-10)				

0-7 puntos
CONSUMO DE BAJO RIESGO
 Lo recomendable es una INTERVENCIÓN MÍNIMA, es decir, que usted entregue INFORMACIÓN acerca del consumo de bajo riesgo.

8-15 puntos
CONSUMO DE RIESGO
 Lo recomendable es que se realice una INTERVENCIÓN BREVE. Si no conoce la técnica, derive dentro de su establecimiento de salud.

16 o más puntos
posible CONSUMO PROBLEMA o DEPENDENCIA
 Lo recomendable es que se realice una evaluación clínica más profunda. Derive dentro de su establecimiento de salud.



Anexo Nº 3

OMS - ASSIST V3.0 - CHILE



ENTREVISTADOR CONTEXTO O LUGAR
 NOMBRE PARTICIPANTE FECHA / /
 dd / mm / aa

Pregunta 1 MOSTRAR TARJETA DE DROGAS N°1

Alguna vez en su vida, ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias? (SIN RECETA O INDICACIÓN MÉDICA)	No	Si
a. Tabaco	0	3
b. Bebidas alcohólicas	0	3
c. Marihuana	0	3
d. Cocaína	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	3
f. Inhalantes	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Opiáceos	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Pregunta 2 MUESTRE TARJETA DE RESPUESTA N°2

En los últimos 3 meses ¿Con qué frecuencia ha consumido: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Díariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Marihuana	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	2	3	4	6
f. Inhalantes	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6, de lo contrario continúe con la entrevista.

1.2 Compruebe si todas las respuestas son negativas: "¿Tampoco cuando iba al colegio?"

SI	<input type="checkbox"/>	Vuelva a leer la Pregunta 1 -Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista. -Si contestó "Si" a alguno de los ítems de la P1, siga a la P2 para cada sustancia que haya consumido alguna vez.
NO	<input type="checkbox"/>	

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido fuertes deseos o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Díariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Marihuana	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	3	4	5	6
f. Inhalantes	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas de salud, sociales, legales o económicos debido al consumo de: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Díariamente o casi a diario
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Marihuana	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	4	5	6	7
f. Inhalantes	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Tarjeta de respuesta - sustancias

- a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
- b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
- c. Marihuana (cannabis puros, hierba, hashish, etc.)
- d. Cocaína (coca, pasta base, falopa, crack, etc.)
- e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.)
- f. Inhalantes (nicotín, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, popor, aerosoles, etc.)
- g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Rivotril/Klonazepam, Alprazolam, Arparax/Lorazepam, Zopiclona, Domnamid/Midazolam, chicalofluinrazepam, etc.)
- h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.)
- i. Opiáceos (codeína)arabes, Tramal/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.)
- j. Otros - especifique: (por ejemplo relajantes/secantes, modafinilo/Mentix, esteroides, anabólicos, etc.)



WJ

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas para cumplir con sus obligaciones habituales a causa del consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Marihuana	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	5	6	7	8
f. Inhalantes	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Pregunta 6 MOSTRAR TARJETA DE RESPUESTA N°3

¿Alguna vez amigos, familiares o alguien más le han mostrado preocupación por su consumo de: (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

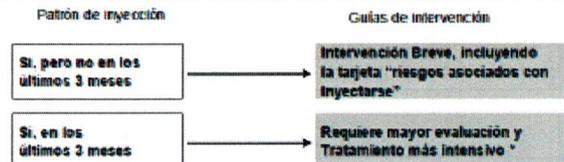
¿Alguna vez ha intentado controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes	0	6	3
f. Inhalantes	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado alguna vez se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo.



CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Intervención Mínima	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. marihuana		0 – 3	4 – 26	27+
d. cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios capacitados en adicciones dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.



W