

**PROMOCIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN NIÑOS CON VIH/SIDA POR MEDIO  
DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

Juárez Moreno Mariana, García Cedillo Ismael

Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Facultad de Psicología

Instituto de Investigación y Posgrado

**Palabras clave:** VIH/SIDA, VIH/SIDA en niños, adherencia terapéutica, Entrevista Motivacional

**Datos ponente:** Mariana Juárez Moreno; Licenciada en Psicología; dirección: Acamapichtli #109, Col. Retornos, San Luis Potosí, S.L.P., C.P. 78140; teléfono: 4448338404; e-mail: [maju\\_84@hotmail.com](mailto:maju_84@hotmail.com)

**Formato:** oral

**Modalidad de presentación:** Trabajo libre

**Población:** niños

**Problemática:** VIH/SIDA

# PROMOCIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN NIÑOS CON VIH\SIDA POR MEDIO DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) no es sólo una enfermedad potencialmente mortal, sino que constituye el mayor reto científico, político y moral de nuestro tiempo. El SIDA amenaza no solo a personas concretas, sino a sociedades enteras (Irwin, Millen y Fallows, 2004). En México, al igual que en el resto de los países del mundo, el SIDA se ha convertido en un problema prioritario de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud, ya que constituye una amenaza para la seguridad nacional y para el desarrollo económico y social del país (CENSIDA, 2009).

La magnitud de la crisis del SIDA supera las peores previsiones realizadas hace una década. A finales de 2009, ONUSIDA estimó que a nivel mundial existen 33.4 millones de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de los cuales 31.3 millones son adultos, 15.7 millones mujeres, y 2.1 millones menores de 15 años. Aproximadamente el 50% de las nuevas infecciones por VIH, se producen en jóvenes de entre 10 y 24 años. Únicamente durante el 2009, el SIDA causó 2 millones de muertes (CENSIDA, 2010). Diariamente, alrededor de 1,800 niños y niñas menores de 15 años contraen el VIH, la mayor parte por transmisión perinatal, y alrededor de 1,400 mueren debido a enfermedades relacionadas con el SIDA. En América Latina, el número estimado es de 44,000 niños y niñas con VIH\SIDA (Ruiz, Enríquez y Hoyos, 2009).

El objetivo de la terapia antirretroviral, utilizado actualmente en el tratamiento contra el VIH, es mejorar la calidad de vida y la supervivencia de las personas afectadas mediante la supresión de la replicación viral. Al suprimir el virus de forma máxima y duradera, se restaura o preserva la función inmune, mejorando la calidad de vida (Ruiz, Enríquez y Hoyos, 2009).

La infección por VIH progresa de manera más agresiva en los niños, por lo que el diagnóstico y el tratamiento tempranos pueden mejorar sus tasas de supervivencia (Desafíos, 2008). La enfermedad crónica durante la infancia tiene un gran efecto psicológico, social y familiar. En el caso del VIH/SIDA, la infección se acompaña del estigma, lo cual genera en el niño y su familia enojo, angustia y miedo de revelar el diagnóstico (Pavía, Tovar y Muñoz, 2003).

Para el niño y su familia, el tratamiento supone un reto. La administración de fármacos más de una vez al día es, a menudo, problemática. El sabor del medicamento es, en general, desagradable y el volumen de los preparados en solución elevado. La intolerancia gastrointestinal y el rechazo por parte del paciente constituyen las principales causas de fracaso terapéutico en la edad pediátrica (Centro de Ciencias de Salud, 2008).

La adherencia al tratamiento es un aspecto fundamental y determinante para el bienestar de las personas que viven con VIH (Ruiz, Enríquez y Hoyos, 2009); por esto se ha convertido en los últimos años en tema de central importancia para todos aquellos involucrados en la atención del VIH\SIDA (Margulies, Barber y Recoder, 2006). El concepto de "adhesión terapéutica" se define como una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de un comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado (Villa y Vinaccia, 2006). La adherencia es un proceso dinámico, complejo y multidimensional, porque comprende la cultura, el tiempo, el lugar y la edad del paciente (Williams y Friedland, 1997; Witteveen y Van Ameijdenz, 2002). Requiere la conformidad de la persona respecto de las recomendaciones que se le indican, hace referencia a la disposición del paciente para iniciar el tratamiento y su capacidad para tomar los medicamentos tal y como se los recetaron; también se le llama observancia o cumplimiento terapéutico (Gómez, 2008). En los niños, la adherencia al tratamiento depende del cuidador primario, el cual con frecuencia es una persona diferente a sus progenitores (Ruiz, Enríquez y Hoyos, 2009), esto les representa un gran desafío, pues frecuentemente necesitan ayuda extra (Centro de Ciencias de Salud, 2008).

Las intervenciones que han resultado más eficaces para mejorar la adherencia son complejas. Incluyen la información dada al paciente, el asesoramiento, el uso de recordatorios y reforzadores, autocontrol, la implicación de la familia y la supervisión (McDonald, Garg y Haynes, 2002; Harman, Amico y Johnson, 2005).

La Entrevista Motivacional breve es una técnica de intervención que los proveedores de salud han encontrado efectiva y práctica en entornos clínicos y en la atención de los pacientes con VIH (Gerbert, et al., 2006). Es una forma de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes. Es útil para personas ambivalentes al cambio. Puede ser un empujón a la motivación o un preludeo al tratamiento (Miller y Rollnick, 1999). Se basa en la teoría transteórica del cambio de conducta, de Prochaska y DiClemente (1994). Se basa en el concepto de cambio para la reconstrucción de las condiciones de salud. El punto de inicio es la premisa de que el cambio no es un evento aislado, sino un proceso y que el proceso de aprendizaje debe respetar las formas naturales de conocer y manejar el entorno del individuo. Este modelo está compuesto por dos dimensiones: las etapas y los procesos de cambio. Las etapas de cambio se refieren a lo temporal, motivacional, y a la constancia del cambio; mientras que los procesos de cambio son aquellas actividades que tienen lugar entre las etapas (Álvarez, 2008).

## MÉTODO

El objetivo de la investigación es promover una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH/SIDA por medio de la Entrevista Motivacional. La población fue de 18 niños, entre 0 y 14 años, portadores del VIH y sus cuidadores primarios, que acuden a un hospital público de San Luis Potosí.

Para medir la adherencia terapéutica se utilizaron los resultados de los análisis de las cargas virales y de las células CD4, la opinión de la investigadora, un instrumento para medir adherencia terapéutica y una valoración del estadio del cambio en que se encontraban.

Debido a que no existe un instrumento creado para población infantil, se utilizó un instrumento para medir la adherencia terapéutica en adultos, y se realizaron las modificaciones necesarias, el cual se llama *Instrumento para medir variables psicológicas y comportamiento de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24)* de Piña, Corrales, Mungaray y Valencia (2006). Al realizar las modificaciones al instrumento, la puntuación media obtenida fue de 50.8 con una desviación estándar de 6.7. El instrumento posee una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.98 con 16 reactivos.

La opinión de la investigadora se basó en las entrevistas con los cuidadores primarios y con algunos niños, en las visitas realizadas a algunos hogares, en las mediciones biológicas y en lo observado en el hospital. El estadio de cambio se evaluó según el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente (1994). La evaluación la realizó la terapeuta, al finalizar la primera sesión.

La fase de intervención tuvo una duración de un año; se realizaron de tres a cinco sesiones individuales con cada uno de los cuidadores primarios, las sesiones tenían duración de una hora aproximadamente y se realizaron con la técnica conocida como Entrevista Motivacional, cuya finalidad era elevar la adherencia terapéutica de los niños; también se realizaron sesiones individuales con seis de los niños. Además de las sesiones se realizaron dos sesiones grupales, donde se les dio información sobre el VIH y los cuidados necesarios para los niños.

## RESULTADOS

La población se compone de X niñas y X niños, su edad promedio es de seis años, al inicio de la intervención ocho niños presentaban algún tipo de desnutrición. El tipo de familia que predomina es sustituta y uniparental (X casos), la mayoría de los niños (X) viven con la madre y en promedio tienen 2 hermanos. La mayor parte de los cuidadores primarios (X) estudiaron hasta la primaria. En la mayoría de los casos (X) ambos padres son portadores del VIH y uno de ellos ha fallecido o desaparecido. De acuerdo con las entrevistas, las familias

reportan en algunos casos (X) un amplio apoyo de la familia nuclear y nulo de la familia extensa; esta situación se debe al temor a sufrir discriminación si se develará el diagnóstico. Sólo en tres escuelas se conoce el diagnóstico del niño y solamente uno de los niños lo conoce, esto debido a que anteriormente vivía en un hogar de guarda, donde le fue develado el diagnóstico. En promedio cada uno de los niños ha padecido cinco enfermedades, siendo la más recurrente la neumonía.

Los resultados de la intervención muestran que hubo un aumento de la adherencia terapéutica en seis niños, tres de ellos pasaron de mala a buena adherencia, dos aumentaron de mala a regular y sólo uno de ellos aumento de regular a buena adherencia. Once de los niños continuaron con la misma adherencia. Dos de ellos siguieron con un buen nivel de adherencia, cinco de ellos con un nivel regular y en cuatro de ellos, la intervención no resultó eficaz, debido a que continuaron con mala adherencia. Cabe destacar que ninguno de los niños tiene un excelente nivel de adherencia terapéutica, es decir, una adherencia óptima de más del 95%, la cual permite un buen control del virus.

Se realizaron algunas correlaciones con algunas variables que miden la adherencia terapéutica. Se encontró una correlación significativa (.xx) entre el porcentaje de asistencia a consultas y el grado de escolaridad de los cuidadores, es decir, a mayor escolaridad, mayor porcentaje de asistencia a consultas. El conteo de carga viral se correlaciona de manera inversa con el apoyo de la familia nuclear (.xx) y de la familia extensa (.xx), esto significa que a menor conteo en la carga viral, mayor apoyo tanto de la familia extensa, como de la familia nuclear. El estadio del cambio se correlacionó inversamente con la cercanía con el cuidador primario (.xx), es decir que entre más avanzado sea el estadio en que se encuentra la persona es menor su cercanía consanguínea con el cuidador primario.

Es importante mencionar que dos de las madres de los niños con VIH, iniciaron su tratamiento antirretroviral a partir de la intervención y una de ellas está en trámites para reiniciarlo. Estos resultados son importantes, puesto que no formaban parte de la investigación e indican que la intervención tuvo algunos efectos colaterales que, sin ser significativos, sí representan mucho en la vida de estas tres mujeres y sus familias.

## CONCLUSIONES

La Entrevista Motivacional sí resulto efectiva para la mitad de los cuidadores primarios de los niños con VIH/SIDA y se logró que elevaran el nivel de adherencia terapéutica de los niños. Es importante señalar que la escolaridad del cuidador primario y el apoyo de la familia nuclear y extensa son factores importantes que elevan la adherencia terapéutica.

Las situaciones de vida que enfrentan los niños con VIH son variadas y complejas, especialmente porque comprometen su adherencia terapéutica, y esto conlleva que en los niños, en su mayoría, presenten un deficiente estado de salud. Urge brindar un mayor apoyo a estos niños y sus familias, en diferentes aspectos: médicos, psicológicos, sociales y económicos, que no solamente les permitan sobrevivir, sino a tener las oportunidades de alcanzar una vida digna. Es necesario realizar un trabajo interdisciplinario donde exista apoyo y comunicación por parte del médico infectólogo, enfermeras y psicólogos que atienden a esta población, para obtener mejores resultados.

No es posible generalizar estos resultados por el número tan pequeño de sujetos con el que se trabajó, y además por el poco número de sesiones terapéuticas que se tuvieron. Es necesario realizar investigaciones donde se amplíe la población y se les de una intervención más prolongada.