



## Caracterización de la autopercepción de salud y adherencia terapéutica en pacientes con VIH/Sida

MSc. María Teresita Ortiz Gómez<sup>1\*</sup><https://orcid.org/0000-0003-0250--6323>

Dr. Rolando Rondón García <sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1672-1211>

Dra. Yanislaidys Regla Cabriales Reyes<sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0002-57061416>

Dra. Arelis Ferrer García <sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6570--993X>

Dr. José Fernando Freire Cardoso<sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0003-3153--2539>

<sup>1</sup>Policlínico Docente Dr. "Manuel Fajardo Rivero". La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [marite.ortiz@infomed.sld.cu](mailto:marite.ortiz@infomed.sld.cu)

Móvil +53 52524617 fijo 7209 8281

### RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar la salud auto percibida y adherencia terapéutica en pacientes con VIH/Sida del policlínico Dr. "Manuel Fajardo Rivero"

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. La muestra quedó constituida por 73 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Los datos se obtuvieron a partir de planilla de datos, cuestionario de Salud General de Goldberg y cuestionario de adherencia terapéutica (SMAQ). La información se organizó en tablas y se almacenó en una base de datos SPSS.

**Resultados:** La edad más frecuente fue de 20 a 24 años 15 pacientes (20,5%), seguidas de 25-34 en 11 sujetos (15,0%). Prevalció sexo masculino 48 sujetos (65,7%) seguidas femenino 25 sujetos (34,2%), escolaridad preuniversitaria. 62 sujetos (84,9%) en ambos sexos. Predominó la buena salud auto percibida en 33 sujetos de ambos sexos (45,2%); la percepción deficiente 28 (38,3%) y la mala percepción 12 (16,4%) están presente en 47 sujetos (54,7%). Sobresalieron los sujetos no adherentes al tratamiento en ambos sexos 53(72,6%), seguido de los adherentes 20 sujetos (27,3%); las razones más expresadas por ambos sexos fueron las reacciones adversas 52 sujetos (98,1%), seguida de horarios incómodos y complejidad del tratamiento en 47 (88,6%).

**Conclusiones:** Predominó sexo masculino de 20 a 24 años, escolaridad universitario, prevaleció buena salud auto percibida; no obstante la percepción deficiente y mala constituyen casi la mitad de los sujetos. Sobresalieron los sujetos no son adherentes al tratamiento y la



razones más expuestas son reacciones adversas del medicamento, horarios incómodos y complejidad del tratamiento.

## Introducción

A pesar de los grandes avances logrados en estos últimos 30 años en el conocimiento de la infección y en su tratamiento, la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) siguen siendo un problema de salud pública mundial de primer orden. <sup>(1)</sup>

Según el último informe emitido por ONU Sida a finales del año 2019 en el mundo 36,9 millones de personas vivían con el VIH, poco más de un 10% más que en 2010, 1,8 millones de personas contrajeron la infección por VIH (unas 4.930 personas al día), 1 millón de personas fallecieron por causas relacionadas con el VIH y el SIDA (unas 2.740 personas al día), 940.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida y , 21,7 millones de personas tenían acceso a terapia antirretrovírica (casi un 52,8% del total de personas que vivían con el VIH). <sup>(2,3)</sup>

En Latinoamérica y en los países del Caribe la dimensión de la epidemia y los mecanismos de transmisión predominantes difieren ampliamente de unos lugares a otros. A finales de 2016 había 1,550 000 personas infectadas en Latinoamérica y otras 450.000 en los países del Caribe. <sup>(3,4)</sup>

Cuba sobresale entre los países de la región y el mundo que tienen una respuesta al VIH/ Sida intersectorial consolidada, que posibilita la atención y vigilancia de los pacientes en su comunidad, donde reciben tratamiento gratuito. <sup>(4)</sup>

A finales del 2016 Cuba presentaba una cifra de 21758 personas viviendo con VIH con predominancia en la población HSH. El total de fallecidos por enfermedades asociadas al SIDA fue de 472 personas, lo que demuestra un sistema de salud eficaz en la lucha por eliminar al VIH/ Sida como problema de salud en el país. <sup>(3)</sup>

La adherencia al tratamiento se considera como un factor fuertemente asociado al éxito o fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas, en el caso del VIH/ Sida tiene una importancia adicional como factor decisivo para el éxito del tratamiento, teniendo en cuenta que la rápida velocidad de replicación y mutación del virus requiere grados muy altos de adherencia para lograr una supresión duradera de la carga viral. <sup>(5,6)</sup>



La baja adherencia al tratamiento facilita la resistencia a los medicamentos y aumenta la vulnerabilidad del organismo a infecciones oportunistas. <sup>(7)</sup>

En los últimos años, se ha publicado trabajos que estudian diferentes factores asociados a la adherencia. Sin embargo, se ha hecho difícil la generalización de estos resultados, debido a que difieren en el método utilizado para medir la adherencia, los factores evaluados, la población estudiada y el diseño del estudio.<sup>(8,9,10)</sup>

En forma general, los factores estudiados pueden ser clasificados en cuatro grandes grupos:  
<sup>(10)</sup>

- a) los relacionados con el individuo (edad, sexo, nivel escolar, entorno familiar y social, etc.)
- b) los debidos a la enfermedad en sí misma
- c) los propios del tratamiento antirretroviral (número de fármacos empleados, posología y efectos adversos)
- d) los relacionados con el equipo asistencial.

En el caso de Cuba, la no adherencia terapéutica obedece a distintas causas, entre ellas, el hecho de ser una terapia difícil de cumplir, pues incluye un número de medicamentos con diferentes efectos adversos y con estrictos requisitos de dosificación. <sup>(11)</sup>

La adherencia al tratamiento es un fenómeno relacionado directamente con el comportamiento de cada individuo y la salud auto percibida que tiene ante la enfermedad; son múltiples los factores que influyen en la adherencia medicamentosa en personas diagnosticadas con VIH/Sida; identificar la salud auto percibida que tienen los sujetos acerca de la salud sería de utilidad para trazar estrategias vinculadas a su accionar cotidiano, máxime por la relevancia que tiene una adecuada adherencia para el control de las complicaciones derivadas de esta patología, y el gasto económico que presupone para el sistema de salud, y por ende, al país, el cambio constante hacia terapias más costosas.

El área de salud del policlínico Dr. Manuel Fajardo, no está exenta de la situación que afrontan los pacientes con VIH/Sida, por lo que se realiza un estudio con el fin de caracterizar la salud auto percibida y adherencia terapéutica en pacientes con VIH/Sida.

## **Desarrollo.**

### **Método**

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, en el Policlínico Universitario Manuel Fajardo ubicado en el municipio Playa, en el período comprendido de noviembre 2019 a Febrero de 2020. Se tomó como universo de estudio a los 76 pacientes que



vive con VIH/ Sida dispensarizados hasta febrero 2020 en el área del Policlínico Manuel Fajardo; la muestra quedó constituida por 73 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. El estudio se realizó con el fin de describir la adherencia terapéutica y la percepción de salud que tienen los pacientes portadores de VIH/Sida.

Las técnicas empleadas se aplicaron en su generalidad en la consulta acreditada para la atención de pacientes con VIH y en otros casos en sus hogares. Se garantizó en ambos contextos las condiciones de privacidad requeridas.

Las técnicas de recolección de la información utilizadas fueron:

- Planilla de datos con el fin de recoger variables tales como edad, el sexo, y abandono al tratamiento en el caso que fuese confirmado por el sujeto.
- Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ 12). Es un instrumento se utiliza para evaluar la salud auto percibida, o sea la evaluación que hace el sujeto de su bienestar general. El sujeto debe de escoger una de las alternativas según la escala de likert de 0 a 3, en cada una de las preguntas.

Consta de 12 ítems relacionados con dos factores:

- Relacionado con un factor de salud general que tiene que ver con los aspectos positivos, un sentimiento de bienestar general y de su expresión psicofisiológica teniendo en cuenta el contenido de los ítems que incluye: 1, 2, 5, 7, 9,12
- Factor de funcionamiento social adecuado que marca la competencia del individuo en cuanto a su capacidad de enfrentamiento adecuado a las dificultades, su capacidad de tomar decisiones oportunas y de autovalorarse positivamente, incluye ítems 3,4,6,8,10,11

La calificación será:

- Menos de 10 son bajos en cuanto al deterioro de la salud mental
- Entre 10 y 16 son sujetos normales
- Más de 16 son altos y se considera deterioro de la salud mental

Resultado ser un instrumento con índices de consistencia interna y validez aceptable, al ser aplicado a una muestra relativamente grande y homogénea de la población cubana. <sup>(10, 11,12)</sup>

- Cuestionario sobre adherencia terapéutica (SMAQ). Este cuestionario consta de 6 ítems. Consiste en solicitar al paciente que conteste unas preguntas previamente definidas y en función de sus respuestas, poder valorar el grado de adherencia. Se considera al paciente adherente, cuando tiene un cumplimiento terapéutico igual o superior al 95%. Ha sido utilizado en investigaciones en Cuba. <sup>(13, 14)</sup>

Las variables se resumieron en tablas de distribución de frecuencia absoluta y relativa; el procesamiento del dato se realizó a través del programa SPSS.



## RESULTADOS

En la Tabla 1 se puede observar que predominó la edad de 20-24 en 15 pacientes para el 20,5%, seguidas de los grupos etáreos de 25-29 y 30-34 en 11 pacientes cada uno, para el 15,0%; los grupos de 40-44 y 60 y más se presentaron con 8 pacientes para el 10,9%, seguidos del grupo de 45-49 en 7 pacientes para el 9,5%. Los de 35-39 y 50-54 en 5 pacientes para el 6,8% y el grupo de 50 -59 con 3 pacientes para el 4,1%

En relación al sexo se aprecia que el sexo predominante es el masculino con 48 pacientes para un 65.7% del universo estudiado, predominado el grupo etáreo de 30 a 34 años.

El sexo femenino se presentó en menor medida en 25 pacientes para el 34,2%, donde predominó la edad de 20-24 en 7 pacientes para el 9,5%.

El mayor número de pacientes con VIH/ Sida se encuentra en las edades de 20 a 34 años y ambos sexos.

Tabla 1 Distribución de pacientes que vive con VIH/ sida según grupo etáreo y sexo.

Grupo etáreo	Masculinos		Femeninos		Total	
	No	%	No	%	No	%
20-24	8	10.9	7	9.5	15	20.5
25-29	7	9.5	4	5.4	11	15.0
30-34	9	12.3	2	2.7	11	15.0
35-39	4	5.4	1	1.3	5	6.8
40-44	6	8.2	2	2.7	8	10.9
45-49	5	6.8	2	2.7	7	9.5
50-54	2	2.7	3	4.1	5	6.8
55-59	1	1.3	2	2.7	3	4.1
60 y mas	6	8.2	2	2.7	8	10.9
Total	48	65.7	25	34.2	73	100

Fuente: Planilla de datos

En la Tabla 2 podemos observar que en mayor número de pacientes con VIH/ Sida estudiados, terminaron la educación Pre Universitaria, con un total de 62 pacientes para un 84.9%,



seguido de los que concluyeron la educación secundaria con un total de 8 pacientes para un 10.9 %. La escolaridad de universitario solo se presentó en 3 pacientes para el 4,1%.

En relación al sexo predominaron los pacientes masculinos y femeninos en la categoría de preuniversitario.

Tabla 2 Distribución de pacientes que vive con VIH/ Sida según escolaridad.

Escolaridad	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Secundaria	7	9.5	1	1.3	8	10.9
Pre universitario	39	53.4	23	31.5	62	84.9
Universitario	2	2.7	1	1.3	3	4.1
Total	48	65.7	25	34.2	73	100

Fuente: Entrevista a pacientes

En la **Tabla 3** se observa que existe una buena autopercepción de salud con un total de 33 pacientes para el 45.2%, seguida de percepción deficiente en 28 pacientes para el 38,3% y mala percepción en 12 paciente para el 16,4%.

En relación al sexo el mayor número de los pacientes masculinos perciben percepción de riesgo deficiente 26 para el 35,6% y las del sexo femenino una buena percepción 20 para el 27,3%.

Tabla 3 Distribución de pacientes que vive con VIH/ Sida según autopercepción de salud y sexo.

Autopercepción de salud	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Buena percepción	13	17.8	20	27.3	33	45.2
Percepción deficiente	26	35.6	2	2.7	28	38.3
Mala percepción	9	12.3	3	4.1	12	16.4
Total	48	65.7	25	34.2	73	100

Fuente: Escala de salud general de Golberg



En la tabla 4 se observa que más de la mitad de los pacientes estudiados no son adherentes al tratamiento, representados en 53 de ellos para el 72,6%, seguido de los pacientes adherentes representados por 20 de ellos para el 27,3%

En relación al sexo, es de significar que, ambos sexos son mayoritarios no adherente al tratamiento. El sexo masculino representado por 37 pacientes para el 50,6% y el femenino representado por 16 pacientes para el 21,9%

Tabla 4 Distribución de pacientes que vive con VIH/ Sida según adherencia terapéutica y sexo

Adherencia terapéutica	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Adherente	11	15.0	9	12.3	20	27.3
No Adherente	37	50.6	16	21.9	53	72.6
Total	48	65.7	25	34.2	73	100

Fuente: Cuestionario sobre Adherencia Terapéutica (SMAQ)

La Tabla 5 muestra que de los pacientes que no son adherentes al tratamiento, la razón que más se presenta fue las reacciones adversas expresadas por 52 pacientes para el **98,1 %** seguido de complejidad en el tratamiento y horarios incómodos expresados por 47 pacientes para el 88,6 %. Le continúan la inestabilidad del fármaco en farmacia expresados por 25 pacientes para el 47,1 %, cambios restricciones en el patrón alimentario expresados por 20 pacientes para el 37,7 % y temor a ser descubierto o identificado expresados por 8 pacientes para el 15,0%.

En relación al género, el masculino se destaca más las reacciones adversas en 34 pacientes (64,1 %), complejidad del tratamiento en 19 pacientes (35,8 %) y reacciones adversas y horarios incómodos expresados por 18 pacientes (33,9 %),

Tabla 5 Distribución de pacientes que vive con VIH/ Sida según razones de abandono del tratamiento y sexo

Razones de al tratamiento N=53	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Reacciones adversas	34	64,1	18	33,9	52	98,1
Horarios incómodos	29	54,7	18	33,9	47	88,6
Cambios y restricciones en el patrón alimentario	9	16,9	11	20,7	20	37,7



Temor a ser descubierto o identificado como VIH	2	3,5	6	11,3	8	15,0
Inestabilidad del fármaco en farmacias	13	24,5	12	22,6	25	47,1
Complejidad del tratamiento	28	52,8	19	35,8	47	88,6

Fuente: Planilla de datos

## DISCUSIÓN

A nivel mundial, según los estudios realizados por ONUSIDA, la mayor prevalencia de VIH/SIDA está en el sexo masculino y en rango de edades similares a las del universo estudiado.

Según estudios realizados en Cuba por *Miranda, Fariñas y Coutín* <sup>(17)</sup> los grupos donde se reportó la mayor cantidad de infectados por el VIH correspondieron a las personas con edades comprendidas entre 20-24 años, le siguió el grupo de 25-29 años y a continuación el grupo de 30-34 años. Hallazgos similares a este trabajo.

En estudio realizado sobre intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual, se constató que la edad que prevalece para estas enfermedades son las de 20 a 24, resultados similares a este estudio. <sup>(18)</sup>

Estudio sobre el perfil de personas con infección VIH/SIDS, los pacientes, constataron que la edad promedio 36,7 años, hallazgos que no corresponden con este trabajo. <sup>(19)</sup>

Estudio sobre el perfil de personas con infección VIH/SIDS, los pacientes con mayor nivel de educación, tienden a realizarse el examen por iniciativa propia o sospecha de contraer la enfermedad. <sup>(19)</sup>

A nivel mundial, según estudios de referencia, existe una gran variabilidad, debido a que la accesibilidad a la educación no es equitativa, por otro lado, según reportes de la OMS, la mayor concentración de la epidemia está en países Africanos y Asiáticos, donde existe zonas de conflictos armados y campos de refugiados, <sup>(20)</sup> por lo que la accesibilidad a la educación es deficiente.

Latinoamérica y el Caribe, presentan patrones distintos, pero aun así guardan relación en cuanto a que los patrones de infección varían mucho de zona a zona y las poblaciones que más se afectan son la de los HSH y usuarios consumidores de drogas inyectables, poblaciones donde se experimenta un índice elevado de deserción escolar. <sup>(20)</sup>



En Cuba, pese a la gran accesibilidad a la educación, el comportamiento de la variable nivel cultural, no guarda relación con las tasas de prevalencia de VIH/ SIDA en estudio realizado por la Oficina Nacional de Estadística <sup>(21)</sup> se exploró el nivel cultural de la población cubana expuesta a riesgo de Enfermedades Transmisión Sexual incluyendo los afectados por VIH/ Sida era de medio a alto con gran porcentaje de pre universitarios y universitarios.

En relación a la percepción de la salud, si bien predominó la buena percepción, aunque muy cercana se encuentra la autopercepción deficiente. Si analizamos los pacientes que poseen algún grado de autopercepción inadecuada (deficiente y mala) se observa que 35 de ellos están representados por el 48,1%. Es decir que casi la mitad de los sujetos estudiados presentan algún grado de autopercepción deficiente acerca de su salud.

La percepción de riesgo es la capacidad que tiene el individuo de asumir actitudes de protección ante las enfermedades. En la actualidad, son muy elevadas las cifras de pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA),<sup>(21)</sup> por lo que se impone la necesidad de disponer de una amplia información, así como percibir la vulnerabilidad propia y la gravedad del riesgo de infección, situación que puede haber ocurrido con el sexo masculino.<sup>(9)</sup>

En relación a la percepción de riesgo sobre VIH/ SIDA en estudiantes becarios de de Medicina, se constataron, bajos índices de gravedad percibida ante esta enfermedad con porcentajes superiores en el sexo masculino. <sup>(9)</sup> Es decir que desde la etapa de la juventud no existe una adecuada percepción de riesgo en estos estudiantes y en especial en el sexo masculino.

La Oficina Nacional de Estadística <sup>(21)</sup> investiga la población cubana expuesta a riesgo de Enfermedades Transmisión Sexual y declara que el nivel de percepción de riesgo de los sujetos estudiados fue bajo, aun manifestando que en algún momento fueron instruidos en temas de ETS-VIH/Sida.

La Adherencia es la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del tratamiento ARV, a fin de conseguir una supresión adecuada de la replicación viral. La adherencia incorrecta es la primera causa de fracaso terapéutico. <sup>(22, 23)</sup>

El estigma sentido por el paciente es un aspecto importante a considerar a la hora de abordar integralmente a una persona con VIH/SIDA. Investigación previa a nivel mundial demuestra la importancia y el alto porcentaje de estigma sentido que tienen las personas con VIH y el impacto desfavorable que tiene el estigma sentido en la adherencia al tratamiento. Es frecuente que personas que tienen estigma sentido se aíslen, oculten su diagnóstico, tengan



una baja adherencia al tratamiento y presenten mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés y por ende tengan una baja autopercepción de su salud, al no creerse merecedores de ella. <sup>(22, 23)</sup>

Es de significar que en este estudio la adherencia al tratamiento fue baja, es decir que los sujetos no cumplen su tratamiento a pesar de que un número elevado expresan deficiente y mala percepción de salud. Esto nos hace hipotetizar que la inadecuada autopercepción de salud no le motiva a mejorar la adherencia al tratamiento, con el fin de mejorar de salud. <sup>(24)</sup>

Según *Alvis* y col. <sup>(25)</sup> los factores que han demostrado estar relacionados con la adherencia de una forma más relevante incluyen la complejidad del tratamiento y los efectos secundarios.

Por su parte *Pérez Bastan*, <sup>(26)</sup> *Pérez Sandoval* y col. <sup>(27)</sup>, *Oliva* y Col <sup>(28)</sup> y *Aviles y Tatiana* <sup>(29)</sup> hallaron una asociación estadística entre la baja adherencia terapéutica y la presencia de reacciones adversas. Es bien conocido que determinados efectos secundarios del TARGA puedan manifestarse mucho tiempo después de dicho periodo e incluso de haberse interrumpido la administración de los fármacos que los causaron, todo lo cual hace que los sujetos abandonen el tratamiento.

Por su parte *Arrondeo* y col. <sup>(30)</sup> constataron que los factores que dificultan la toma de la medicación fue el elevado número de comprimidos a tomar en el tratamiento.

En estudio realizado acerca de factores asociados al abandono antirretroviral se señala que la principal razón de abandono fue el temor a ser identificados como portadores del VIH o a ser discriminados en el trabajo, resultados diferentes a este estudio. <sup>(31)</sup>

### **Conclusiones.**

En este estudio predominó sexo masculino de 20 a 24 años, escolaridad universitaria. Prevalece la buena salud auto percibida; no obstante, la percepción deficiente y la mala percepción constituyen casi la mitad de los sujetos.

Un número elevado de sujetos no son adherentes al tratamiento y las razones más expuestas son reacciones adversas del medicamento, horarios incómodos y complejidad del tratamiento.

### **Referencias bibliográficas**

1. Comité ANTISIDA de Extremadura, España: Resumen de datos epidemiológicos VIH y Sida 2018. Disponible en: : [www.cae.es](http://www.cae.es)
2. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. Junio de 2016. Ginebra: UNAIDS. 2016. Disponible en: <http://www.unaids.org>.



3. Anuario Estadístico de Cuba 2019. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/2017/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/>.
4. Fariñas Acosta, L. Cuba mantiene la prevalencia de VIH más baja de América Latina. Ministerio de Salud Pública (MINSAP), Salud, Salud Pública, SIDA, VIH . 2019. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/>
5. Villa IC, Vinaccia S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Psicología Salud*. 2006 (citado 27 abr 2018)
6. Remor E. Valoración de la adhesión de al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 4(2), 262 – 267,2016.
7. Miranda Gómez O, Fariñas Reinoso AT, Coutín Marie G, Nápoles Pérez M, Lara Fernández H, Lago Alfonso T. Comportamiento de la epidemia de VIH Cuba. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2012 [citado: 23 junio 2021];34(1)  
Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol1%202012/tema03.htm>
8. Llanes García LL, Peñate Gaspar AC, Medina Pérez JM. Percepción de riesgo sobre VIH/Sida en estudiantes becarios de primer año de Medicina. *Medicent Electrón*. 2020 ene.-mar.; 24(1)
9. García Viniegras CR. Manual para la utilización del cuestionario de Salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Rev. Cubana de Med Gen Integr*, 1999;15 (1): 88-9
10. Cazorla Santana MN, Rodríguez Díaz D. Grado de adherencia terapéutica a los fármacos del metabolismo óseo-mineral: ¿toman nuestros pacientes la medicación prescrita? *Enferm Nefrol* 2013: Enero-Marzo; 16 (1): 41/47
11. Pérez Bastan JE. Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/ Sida en la Atención Primaria de Salud. *Rev Haban Cienc Méd [Internet]*. 2020 [acceso 12 diciembre 2020]: 19(5) Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2962>
12. Análisis del Programa de Control de las ITS y VHI/SIDA. La Habana: Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología; 2018
13. Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Martín-Conde T, Casado JL, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005; 23(4):221-31.
14. Abrahantes Rodríguez Y, Pérez Ávila J, Kourí Cardellá V, Fonseca Gómez C, Baly Gil A, Tápanes Fernández T. Factores asociados a la progresión rápida a sida en individuos cubanos.



- Rev Cubana Med Trop.2010 [acceso 16/07/2021];62(2):146-53. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602010000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602010000200010&lng=es)
15. Miranda Gómez O, Fariñas Reinoso AT, Coutín Marie G, Nápoles Pérez M, Lara Fernández H, Lago Alfonso T. Comportamiento de la epidemia de VIH Cuba. Rev. Méd. Electrón. 2012 [acceso 28 abril 2020]; 34(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242012000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000100002)
16. Pérez Otaño M, Farrés Zequeira LY, Pérez Sánchez D. Intervención educativa sobre las infecciones de transmisión sexual. Escuela «Zeneido Costa Llerena». Corralillo, Villa Clara. Medicent Electrón. abr.-jun. 2016 [acceso 23 ene. 2021]; 20(2). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/1808/1669>
17. Carolina Chahi, A.M; Muñoz, Marcel, S.; Wolff, M.; Northland, R. Perfil de personas con infección por VIH/SIDA: diferencial étnico, económico y socio-cultural en Chile. Rev Chilena Infectol 2018; 35 (3): 276-282
18. ONUSIDA. Avanzando hacia las metas 2020: Progreso en América Latina y el Caribe. RESUMEN EJECUTIVO. 2020
19. ONE: Cuba en cifras. Objetivos de desarrollo del milenio 2011 (última revisión septiembre 2018) Disponible en: [Http://www.one.cu](http://www.one.cu)
20. 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 2016.
21. Edo M, Ballester Arnal R. Diferencias Entre El Perfil Psicológico De Los Pacientes Con Infección Por VIH Y Los Pacientes Oncológicos: ¿Una Consecuencia Del Estigma Asociado Al Sida? Revista Infocoponline. 2007.
22. Posada Zapata, I.C.; Agudelo Olarte, ET. Significado del Riesgo de VIH/ Sida para Hombres Homosexuales en Medellín, Colombia.2019, 28(2), 1-14
23. Alvis O, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH/Sida. An Fac med. 2009;70(4):266-72
24. Pérez Bastán JE, Viana Castaño LF. Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/sida Revista Cubana de Medicina Tropical. 2020;72(2):e499 Disponible en: [https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES)
25. Pérez Sandoval E, Gamboa Vargas M, Méndez Díaz Y. Factores de mayor influencia en el abandono del tratamiento antirretroviral. Fundaciones EUDES y RASA, 2014.



26. Oliva Venereo D, Lastre Hernández D, Viñas Martínez A L, González Fernández C. Caracterización de pacientes con abandono de la terapia antirretroviral y consecuencias económicas. Revista Habanera de Ciencias Médicas 14, 587-598 :2015.
27. Aviles B, Tatiana I. Determinantes intermedios y proximales y su relación con la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en una IPS de Bogotá, Universidad Nacional de Colombia: 2015.
28. Arrondo Velasco A, Sainz Suberviola ML, Andrés Esteban EM, Iruin Sanza AI, Napal Lecumberría V. Factores relacionados con la adherencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Farm Hosp. 2009; 33(1):4-11
29. Rizo Talavera Yansi. Factores asociados al abandono de la terapia antirretroviral (TAR), en pacientes VIH/SIDA atendidos en el Hospital Escuela "Dr. Roberto Calderón Gutiérrez", en el periodo del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2016. Tesis monográfica para optar al título de especialista en Medicina Interna. Febrero 2017