

# ■ PROTOCOLO DE TRANSICIÓN EN ADOLESCENTES GUATEMALTECOS VIVIENDO CON VIH

**Pilar Alvarado M.A.<sup>1</sup>, Claudia García de la Cadena Dra.<sup>1</sup>,  
Lorena Lapola M.A.<sup>2</sup>, Julio Juárez Dr.<sup>3</sup>**

Departamento de Psicología, Universidad del Valle de Guatemala<sup>1</sup>,  
Área de Psicología clínica de Enfermedades Infecciosas<sup>2</sup>,  
Servicio de Infectología Área pediatría, Hospital Roosevelt<sup>3</sup>

## **Nota del autor**

La correspondencia referente a este artículo debe dirigirse a M.A. Pilar Alvarado. Correo electrónico: pilar.alvarado56@gmail.com

## **Resumen**

Con el desarrollo actual de la medicina, la sobrevida de niños y adolescente viviendo con VIH ha aumentado, de ahí la importancia de tener protocolos de transición que puedan responder a la necesidad de trasladar a los adolescentes viviendo con VIH de la clínica pediátrica a la de adultos y poder identificar la condición biopsicosocial de los pacientes para ser trasladados. Se realizó un estudio de tipo mixto con análisis prospectivo y un diseño de investigación no experimental observacional descriptivo de corte transversal en un grupo de 13 adolescentes que asisten a la Clínica de Enfermedades Infecciosas en Guatemala. Los resultados evidenciaron la necesidad de reforzar conocimientos de los temas de salud sexual y transmisión, VIH y adherencia en los adolescentes. En relación al personal de la clínica encontramos fuentes de ansiedad significativas en relación hacia el inicio de la transición de los adolescentes y se logró desarrollar un protocolo que se ajustara a las necesidades de la clínica. Consideramos necesario realizar ajustes continuos

que servirán para ofrecer servicios que respondan a las necesidades diversas de esta población.

## **Palabras clave**

Adolescentes, VIH, Sida, transición, pediatría, adulto.

## **Abstract**

Advances in the field of medicine have contributed to increasing the survival of children and adolescents living with HIV. Thus, having transition protocols that can respond to the need of transferring these adolescents from the pediatric clinic to an adult clinic has gained relevance; identifying the biopsychosocial condition of patients needed to achieve adherence during the transition. A mixed-type study with prospective analysis and a descriptive, cross-sectional, non-experimental, observational research design was conducted in a group of 13 adolescents attending the Infectious Diseases Clinic in Guatemala. The results showed the need to reinforce knowledge of issues such as sexual health and transmission, HIV and adherence. In relation to the clinic's staff, important sources of anxiety towards the transition were identified as well as in the patients, and a transition protocol was developed that adjusted to these needs. Continuous review of the protocol is necessary to

allow adjustments that will respond to the diverse needs of the population of the clinic.

## **Keywords**

Adolescents, HIV, AIDS, transition, pediatrics, adult.

## **Introducción**

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la niñez y adolescencia ha evolucionado de ser una enfermedad terminal a una enfermedad crónica y surge una necesidad creciente en todo el mundo de trasladar a los adolescentes seropositivos de la clínica de atención pediátrica, a la de adultos (Maturo et al., 2011; Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). Estos avances han generado nuevos retos en el área de la psicología que de no ser abordados pueden perjudicar la efectividad de la atención integral a los pacientes y su salud (Polo, Locutura y Fernández, 2008) y es un reto que afronta la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas "Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro" del Hospital Roosevelt, uno de los hospitales de mayor referencia para casos de VIH y Sida en Guatemala, debido a la sobrevida de sus pacientes como resultado de una atención integral, efectiva y eficaz.

en adolescentes que viven con VIH es de suma importancia debido a que además de una atención integral agrega la posibilidad de convivir con otros adolescentes y personas adultas con una vida activa, lo cual los estimula y ayuda a agenciar su propia salud. También es necesaria la transición por su edad y características propias de la misma, ya que existen ciertas condiciones que pueden escaparse de la competencia del personal pediátrico. Esto hace que esta transición sea indispensable y su aceptación necesaria para facilitar el proceso, reducir la ansiedad y el abandono del tratamiento (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida..., 2008).

En el caso de adolescentes que viven con VIH surgen algunas particularidades que deben tomarse en consideración, ya que, en su mayoría, los adolescentes que asisten a clínicas pediátricas han adquirido la infección por vía perinatal. Esto implica que han asistido a una misma clínica toda su vida o desde muy tempranamente al ser diagnosticados, lo cual los ha llevado a crear lazos estrechos de confianza y apego con el personal de salud. En el caso de la Unidad de Atención Integral del VIH e Infecciones Crónicas "Dr. Carlos Rodolfo Mejía Villatoro", la mayoría de casos que asisten a la pediatría son adolescentes que se infectaron por vía vertical, punto que toma gran relevancia (MSPAS, 2018).

## **Problemas comunes en la transición de adolescentes viviendo con VIH**

Además del problema del vínculo, la literatura existente ha demostrado que existen otras barreras comunes que afectan la transición. Muchos pacientes experimentan preocupación y ansiedad relacionada al traslado. Así mismo tienen dificultad ajustándose al incremento de responsabilidad y expectativas que se da en un ambiente de atención a adultos (New York State Department of Health AIDS Institute, 2011).

En la Tabla 1 se observa una comparación

## **Transición como un proceso**

Una transición en el ámbito de atención de salud se refiere a un proceso multidimensional, el cual atiende las necesidades médicas, psicológicas y educativas o vocacionales de adolescentes con enfermedades crónicas a medida que transitan de un sistema de salud orientado a la niñez, a uno orientado a la adultez (Reiss y Gibson, 2002; North Carolina Division of Public Health, 2009). El proceso de transición

entre los retos más comunes que dependen de la vía de infección y retos existentes en adolescentes con enfermedades crónicas en general. Otras dificultades específicas para la transición encontradas en diversos estudios son el estigma y discriminación que podrían encontrar en el nuevo contexto y la necesidad de una adherencia casi perfecta (>95 %) para una terapia antirretroviral exitosa (Dowshen y D'Angelo, 2011 y Vijayan et al., 2009). Y por otro lado el tipo de transmisión vía perinatal que prevalece en el caso de Guatemala donde encontramos un alto índice de niños infectados por esta vía (MSPAS, 2020).

**Tabla 1**

Comparación entre retos

<b>Adolescentes con enfermedades crónicas</b>	<b>Adolescentes infectados por vía perinatal o transfusión</b>	<b>Adolescentes infectados por vía primaria</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar proveedores de atención dispuestos a brindar atención de transición.</li> <li>- Desapego del equipo de salud pediátrico.</li> <li>- Resistencia del adolescente o su familia al cambio.</li> <li>- Diferencias radicales en expectativas y cultura de las clínicas.</li> <li>- Dificultad de comunicación entre adolescentes y proveedores de salud adulta.</li> <li>- Tiempo insuficiente y falta de recursos para el seguimiento psicológico tras la transición.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desconocimiento del diagnóstico.</li> <li>- Pérdida de sentido de pertenencia, sentimientos de abandono y duelo.</li> <li>- Obstáculos en su desarrollo que afectan capacidad para obtener y mantener empleo (atraso del desarrollo cognitivo, ausencias excesivas a clase, estigma físico, etc.).</li> <li>- VIH en estadios más avanzados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No haber revelado el diagnóstico a su cuidador primario.</li> <li>- Tasas altas de vivir en situación de calle o privación de libertad.</li> <li>- Falta de redes de apoyo.</li> </ul>

Fuente: New York State Department of Health AIDS Institute, 2011: 2-4.

En general, las potenciales barreras adicionales que han sido descritas son: mal manejo y conocimiento acerca de sexualidad y ambientes sociales desorganizados, falta de autonomía percibida y real y preocupaciones

relacionadas a mayor responsabilidad y adaptación al lenguaje empleado en la clínica de adultos (Vijayan et al., 2009). La transición requiere de una preparación y no debe ser llevada a cabo de manera abrupta. Uno de los errores principales para este tipo de procesos es basarse únicamente en la edad cronológica y no tomar en cuenta aspectos característicos de la adolescencia como los sentimientos de invencibilidad y la búsqueda de su identidad.

### **Cómo garantizar una transición efectiva**

Al ser un proceso complejo, diversos autores han investigado y propuesto pautas para poder garantizar que se lleve a cabo la transición de manera efectiva. Entre los principios generales que proponen están individualizar el abordaje utilizado, identificar proveedores de atención en la clínica de adultos dispuestos a trabajar con adolescentes y adultos emergentes, comenzar el proceso tempranamente y asegurar una buena comunicación con el adolescente y su familia, desarrollar un protocolo de transición individualizado para cada paciente y entrenar al equipo multidisciplinario para el proceso. Además, abordar temas esenciales previamente como atención médica, desarrollo de habilidades para la autonomía, así como opiniones y sentimientos respecto a la transición (Sánchez Kulik, Bordato, Arazi, Mecikovsky & Boloña, 2017).

Dentro de los factores significativos están, que más allá de entender su enfermedad y el manejo que el adolescente perciba que tiene sobre su condición, que posea las herramientas para afrontarla; es decir, que se sienta autoeficaz. La autoeficacia se refiere a la percepción que la persona misma tiene de su capacidad para desempeñarse hacia el alcance de objetivos o la consideración de que cuenta con los recursos personales necesarios para manejar diferentes situaciones (Bandura, 1982). El equipo multidisciplinario deberá apoyar al adolescente en la decisión de trasladarse y en la elección

de la unidad de atención clínico a la cual es más conveniente el traslado (New York State Department of Health AIDS Institute, 2011). Esto toma relevancia en el contexto guatemalteco al considerar que existen 17 Unidades de Atención Integral que ofrecen atención y medicamento para adultos.

El proceso de transición requiere un abordaje temprano, creativo y continuo referente a educación y preparación para el proceso de transición. Visitas guiadas a la clínica de adultos, grupos de discusión, talleres, acompañamiento y utilización de un protocolo, son recursos que han comprobado ser de utilidad para una transición exitosa (Maturo et al., 2011; Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida..., 2008; North Carolina Division of Public Health, 2009; New York State Department of Health AIDS Institute, 2011; Jacob y Jerald, 2007 y Arazi, 2012).

### **Metodología**

En respuesta a esta necesidad, en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt se llevó a cabo una investigación para desarrollar un protocolo del área de psicología para la identificación y el traslado de los adolescentes que viven con VIH de la clínica pediátrica y la de adultos, que es el objetivo principal del estudio. Los objetivos específicos del estudio fueron: (1) identificar adolescentes que estuvieran en condiciones biopsicosociales para ser trasladados a la unidad de adultos, (2) establecer la ruta crítica para la transición del adolescente por medio del desarrollo de un protocolo, (3) determinar el nivel de conocimiento que manejan los pacientes acerca del VIH, su transmisión y salud sexual y (4) conocer las necesidades, preocupaciones y retos percibidos por los adolescentes y el personal de salud respecto a la transición de la clínica pediátrica a la clínica de adultos.

Estos objetivos fueron alcanzados a

través de una metodología mixta de evaluación utilizando una batería de nueve pruebas con una duración de treinta minutos en promedio y entrevistas semiestructuradas. Las evaluaciones con los adolescentes se realizaron para determinar su preparación biopsicosocial para el traslado y las entrevistas, tanto con adolescentes, como con personal de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del área de pediatría y de adultos. La finalidad era personalizar el protocolo a las necesidades específicas de la población y de la mencionada clínica. Tanto las entrevistas como las evaluaciones se realizaron en un único momento, por lo que el estudio fue de corte transversal. El análisis de las entrevistas se realizó utilizando el software de análisis cualitativo Nvivo y las evaluaciones fueron analizadas estadísticamente utilizando el software cualitativo SPSS Versión 22 (IBM Corp., 2013).

## Muestra

Se realizaron entrevistas semiestructuradas y evaluaron a 13 adolescentes seropositivos (8 hombres y 5 mujeres), comprendidos entre las edades de 15 a 21 años. No se incluyó en la muestra a pacientes que no dieron su asentimiento o cuyos padres no brindaron consentimiento en el caso de los menores de edad, ni adolescentes con discapacidades cognitivas significativas o trastornos psiquiátricos diagnosticados. En el caso de las entrevistas semiestructuradas con los profesionales, se entrevistaron a 15 profesionales de salud de las clínicas de pediatría y de adultos.

## Instrumentos

1. Encuesta sociodemográfica y médica: incluía datos generales, información acerca del tratamiento del paciente, datos médicos, educativos, laborales, económicos y vivienda.
2. Test de cumplimiento SMAQ. Evalúa adherencia a ingesta del medicamento y percepción de desempeño en la toma del

- mismo (Morisky, Green y Levine, 1986).
3. CEAT-VIH. Evalúa cumplimiento del tratamiento y factores moduladores del mismo (Remor, 2014).
  4. MOS de apoyo social. Evalúa cuatro dimensiones del apoyo social: afectiva, interacción social positiva, instrumental y emocional/informativa (Sherbourne y Stewart, 1991).
  5. Cuestionario de Determinantes de la Adherencia (CDA). Evalúa tres factores de la adherencia: satisfacción con el personal de salud, características del régimen terapéutico y factores psicosociales del paciente (DiMatteo et al., 1993; D'Anello, S. 2006).
  6. Conocimiento de VIH, TAR, salud sexual y transmisión. Es una evaluación con tres opciones de respuesta (verdadero, falso, no se) que permite evaluar el conocimiento evadiendo la posibilidad de adivinanza (Jacob y Jearld, 2007).
  7. Escala de conductas de riesgo. Evaluación desarrollada en Guatemala que determina conductas de riesgo relacionadas a sexualidad, drogas y alcohol (Castellanos et al., 2014).
  8. Entrevistas semi-estructuradas. Tanto la de adolescentes como la del personal exploraban temas de percepción acerca del traslado, preocupaciones, dificultades en la adaptación y recomendaciones. Con el personal también se indagó respecto a percepción de necesidad de capacitación (Alvarado, 2014).

## Descripción del Protocolo para la transición

Se desarrolló un protocolo a partir de una extensa revisión de la literatura que permitiera evaluar la preparación de los adolescentes para el traslado y a su vez sistematizar el proceso. La visión fue sistematizar sin perder la importancia de individualizar el proceso de transición. El protocolo final consistió en cinco fases y fue completado tras el análisis de los resultados

de esta investigación, tanto cualitativos como cuantitativos.

### **Fase inicial: Psicoeducación**

La psicoeducación es un proceso fundamental para empoderar al paciente ante su enfermedad y tratamiento. Este proceso se inicia a los 13 años y constantemente se refuerzan los siguientes temas: VIH y SIDA, salud sexual, promoción de la salud, proceso de traslado y plan de vida. También se trabaja en el desarrollo de habilidades y empoderamiento del adolescente respecto a su enfermedad. Esta es una fase continua a lo largo de todo el proceso de traslado del adolescente y se lleva a cabo paralelamente a las demás fases.

### **Segunda fase: fase de evaluación**

Se inicia a los 15 años. En esta etapa se administrará anualmente una batería de pruebas a los adolescentes evaluando factores determinantes de la adherencia y éxito para la transición. En esta etapa se incluye la Escala de Pensamiento Mágico (EPM-24) por la importancia que se ha observado que toman las creencias de sanación divina en el contexto guatemalteco.

Se obtuvo una lista de indicadores de traslado desarrollada a través de la revisión bibliográfica y entrevistas semi-estructuradas que determinan si el adolescente está preparado para la transición. La duración de esta fase varía según cada adolescente, para lo cual reciben atención individualizada. Con cada evaluación se desarrolla un resumen de progreso y una vez que esté preparado para el traslado, se desarrollará un informe para la unidad de adultos.

### **Tercera fase: fase de preparación**

Con base a los resultados obtenidos en la evaluación, se sugiere reforzar las áreas deficientes y proceder con la preparación para

el traslado una vez que el adolescente esté listo. Esto puede realizarse por medio de talleres, reuniones, exposición de casos entre las unidades y cita con los cuidadores primarios. Tras las intervenciones se deberá valorar nuevamente la preparación del adolescente previo a su traslado.

### **Cuarta Fase: Fase de traslado**

El proceso administrativo del traslado, incluyendo la entrega de informes, la creación de expediente en la unidad de adultos y el establecimiento de cita inicial, se llevan a cabo en esta fase. Se debe determinar si la cita se programará para el mismo día de la cita de sus cuidadores. El traslado se deberá llevar a cabo en grupos de adolescentes para aumentar el sentido de acompañamiento y familiaridad.

### **Quinta fase: Fase de seguimiento**

Debido al impacto psicológico y en la vida del adolescente que puede tener la transición, esta fase garantiza que se lleve un seguimiento estrecho del adolescente durante el primer año de asistencia a la unidad de adultos. Se verificará su adaptación y satisfacción con el servicio a manera de evitar un posible abandono del tratamiento o mala adherencia. La intención será tener a un paciente empoderado de su proceso y con bienestar biopsicosocial.

## **Resultados**

### **Estado biosicosocial de los adolescentes**

Para determinar el estado biosicosocial de los adolescentes se evaluaron los datos personales de los mismos, la adherencia, el apoyo social conocimiento de VIH, TAR, salud sexual y transmisión y conductas de riesgo ya que son las dimisiones mayormente asociadas con el éxito y fracaso de una transición. El promedio de edad de los adolescentes en la clínica pediátrica al momento de la investigación fue de 16.38 años.

De los participantes, el 100 % de la muestra reportó ser heterosexual y referente a la identidad étnica, 46.2 % de la muestra se autoidentifica como ladino.

Se recolectaron datos médicos importantes para la transición y la integración del diagnóstico. El 53.8 % no saben cómo adquirieron el virus, 69.2 % refirieron que se les reveló el diagnóstico en el hospital y tan solo 30.8 % de la muestra estaba indetectable. Referente al inicio de vida sexual, solamente el 23.1 % de la muestra reportó haber iniciado su vida sexual. De los que eran sexualmente activos, 66.6 % reportó haber tenido de una a tres parejas sexuales en su vida y 33.3 % reportó haber tenido entre cuatro y siete parejas sexuales, lo cual incrementa la importancia del tema de salud sexual y transmisión con los adolescentes.

La adherencia se evaluó mediante las pruebas SMAQ, CEAT- VIH y CDA. Los resultados para las primeras dos pruebas fueron en su mayoría insuficientes. En el SMAQ se encontró que 30.7 % de la muestra obtuvo un resultado de adhesión aceptable en la toma de su medicamento, mientras que el resto de la muestra presentó fallas en la ingesta adecuada de su tratamiento antirretroviral. En el CEAT- VIH, que evaluaba varias dimensiones además de la ingesta del medicamento, se encontró que el 100 % de la muestra presentaba una adhesión general insuficiente. Estos resultados, mostrados en la Tabla 2, pudieron ser explicados y analizados a mayor profundidad a través de los datos obtenidos por factores en la prueba CDA.

**Tabla 2**

Resultados por factor obtenidos a través del CDA

**Factor 1: interacción con el profesional sanitario**

Indicador	Resultado
Satisfacción del paciente en la interacción con el personal de salud	100 % Satisfechos
Satisfacción del paciente en la interacción con el personal médico	92.3 % satisfechos

**Factor 2: características del régimen terapéutico**

Indicador	Resultado
Apoyo/barreras del tratamiento	100 % lo perciben como complejo y difícil
Eficacia percibida del tratamiento	92.3 % comprenden relación beneficio-sacrificio

**Factor 3: factores psicosociales de la adherencia**

Indicador	Resultado
Creencias del paciente	61.5 % consideran la enfermedad poco severa y 84.6 % percibe el tratamiento útil
Apoyo social y familiar	100 % da importancia al apoyo familiar y amistades
Intenciones de adhesión	92.3 % tiene intención de adherirse a su tratamiento

Fuente: elaboración propia basada en los resultados obtenidos mediante la escala CDA.

Los factores favorecedores de la adherencia en el caso de estos adolescentes, según los resultados obtenidos en el CDA serían el factor de interacción con el personal sanitario, el apoyo social y familiar con el que cuentan. De igual forma lo son la comprensión del vínculo entre el beneficio que conlleva tomar el medicamento, en relación al sacrificio que deben hacer y las intenciones que tienen los adolescentes de adherirse a su medicamento.

Al ver esto, es evidente que dimensiones de la adherencia que afectan sus resultados en las tres pruebas, son principalmente el olvido de la toma del medicamento y la percepción de la enfermedad como poco severa.

Respecto al ámbito de apoyo social se pudo observar que es el factor más favorable para los adolescentes según el MOS. En la Tabla 3 se presentan los resultados para cada dimensión evaluada. El factor más favorable para el traslado es el apoyo emocional con el que cuentan por parte de familia y amigos y el menos favorecedor, el apoyo afectivo.

**Tabla 3**

Resultados por dimensión de la escala MOS

	Arriba del promedio (%)	Promedio (%)	Deabajo del promedio (%)
Apoyo emocional	100.00	0.00	0.00
Ayuda material o instrumental	76.92		23.08
Relaciones sociales de ocio y distracción	84.62	0.00	15.38
Apoyo afectivo, expresiones de amor y cariño	15.38	46.15	38.46
Índice global de apoyo social	84.62	0.00	15.38

Fuente: elaboración propia basada en los resultados obtenidos mediante la escala MOS.

Los índices de conocimiento de VIH y TAR, así como también los de conocimiento de salud sexual y transmisión requerían de un punteo igual o mayor a 85 puntos sobre 100, para considerarse un conocimiento suficiente. En el caso de la muestra, el promedio obtenido para la evaluación

de conocimiento de VIH y TAR fue de 68.66, resultado insuficiente para el traslado de los adolescentes. Para la prueba de conocimiento de salud sexual y transmisión los resultados fueron aún menos favorecedores, con un promedio de 60.94 puntos. La última área de la evaluación biopsicosocial fue la de conductas de riesgo. A través de la misma se pudo determinar que solamente dos de los participantes se involucran en consumo de alcohol y uno en consumo de tabaco habitual.

### **Resultados cualitativos**

Las entrevistas realizadas con los adolescentes y con el personal de la clínica fueron analizadas mediante el uso de SPSS (SPSS, 2009) y la técnica de nódulos, la cual consiste en clasificar la información en temas de relevancia y emergentes. Los temas principales identificados fueron: conocimiento acerca del proceso de traslado, pensamiento acerca del mismo, dificultades de adaptación, preocupaciones, beneficios percibidos, recomendaciones para facilitar el proceso, necesidades de capacitación percibidas por el personal, diferencias entre las unidades de atención y problemas para iniciar el proceso.

A través de las entrevistas con los adolescentes se encontraron sentimientos predominantes como la curiosidad, ansiedad y miedo por el incremento de responsabilidad al ser trasladados, la falta de familiaridad con la unidad de adultos y el desapego del personal con quien refieren estar “muy a gusto”. A algunos de los adolescentes se les dificultó encontrar beneficios del traslado. Tras una indagación más profunda reportaron que podrán ser más independientes, adquirir mayor madurez y ser aceptados como adultos.

Las entrevistas con el personal de salud evidenciaron que existe una percepción general, tanto del personal de la unidad de pediatría,

como de la de adultos de una necesidad de iniciar el proceso de transición. Las razones principales para esto son considerar que el estilo de vida de los adolescentes está más acorde a la de los adultos y que necesitan una atención especializada para su edad. El personal reportó beneficios tanto para los pacientes como para la clínica, mencionando que favorece la responsabilidad, autonomía y empoderamiento en los adolescentes y a su vez libera la carga en la unidad de pediatría, que les permite enfocarse en su población objetivo. Entre las preocupaciones principales que manifestaron se encontraron que los adolescentes sean trasladados en un momento de inestabilidad, fracaso por falta de un protocolo, abandono y problemas en la adaptación al estilo de atención de la clínica de adultos. Una preocupación recurrente entre el personal de salud era referente a los problemas cognitivos característicos de pacientes que han adquirido VIH por vía perinatal. De acuerdo al personal de salud esto podría dificultar la retención de información y por ende su adherencia.

En relación a las recomendaciones generales reportadas por los pacientes y el personal incluyeron visitas guiadas previas a la transición y brindar atención especial durante las primeras citas del adolescente en la clínica de adultos. Así mismo ofrecer talleres de traslado previo a la transición, mejorar la comunicación entre las unidades por medio de reuniones del personal, desarrollar una lista de indicadores y capacitar al personal respecto a la atención de adolescentes.

### **Conclusiones**

Tanto en Guatemala como en la mayoría de países del mundo donde se trata de manera integral la epidemia del VIH y Sida se están logrando avances significativos que han permitido la sobrevida de niños, adolescentes y adultos viviendo con esta infección. Al tener casos en

Guatemala de adolescentes viviendo con VIH adquirida en la infancia ha surgido la necesidad de trasladarlos a una unidad de atención adulta. Sin embargo, esto implica una variedad de retos que deben ser atendidos, especialmente desde una perspectiva integral psicológica que permita hacer traslados exitosos.

A pesar de que los adolescentes que usan este protocolo de transición aún no se encuentran preparados para ser trasladados a la unidad de adultos, se logró identificar cuáles eran las mejores condiciones para el traslado y cuáles áreas deben ser reforzadas con cada uno. Se encontró que los componentes biopsicosociales de los adolescentes son limitados y se necesita hacer énfasis en su formación en salud sexual y transmisión, conocimiento acerca del virus y la adherencia. Otro factor que limita la preparación para el traslado fue la adherencia al tratamiento, cuyo principal factor limitante es el olvido en la toma de medicamento y la percepción de severidad de su enfermedad.

A través de la investigación fue posible sistematizar e integrar las preocupaciones, necesidades, retos, recomendaciones y solicitudes específicas de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, para el protocolo de atención y manejo de la transición de la clínica de pediatría a la de adultos. Las principales preocupaciones y fuentes de ansiedad tales como la poca familiaridad con la clínica y falta de preparación fueron incluidos en las fases del protocolo, lo cual favorecerá el proceso y éxito del proceso de transición de los adolescentes a la clínica de adultos.

La presente investigación permitió ofrecer un protocolo para sistematizar la transición de la Unidad de Pediatría a la Unidad de Adultos en la Clínica de Enfermedades Infecciosas, para el área de psicología, el cual se ha utilizado para la transición a partir del 2015 y continúa hasta el momento. El desarrollo e implementación de

este protocolo es el principio del abordaje del proceso de transición en el Hospital Roosevelt, uno de los principales centros de referencia y atención de niños y adolescentes. Es necesario que se siga realizando investigación, actualizando y mejorando el protocolo, así como otros de diversas áreas de atención integral para VIH y Sida para continuar facilitando una mejor calidad de vida a las personas viviendo con esta enfermedad.

## Referencias

- Alvarado, M. (2014). *Protocolo de transición del servicio de pediatría al servicio de adultos en una muestra de adolescentes viviendo con VIH* [Tesis de licenciatura inédita]. Universidad del Valle de Guatemala.
- Arazi, S. (2012). *Transición de pacientes adolescentes con infección de VIH a un centro de adultos*. [http://www.sochinf.cl/sitio/templates/sochinf2008/documentos/2012/presentaciones\\_tar2012/tar2012\\_5.pdf](http://www.sochinf.cl/sitio/templates/sochinf2008/documentos/2012/presentaciones_tar2012/tar2012_5.pdf)
- Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist, 37(2), 122-147. <https://dradamvolungis.files.wordpress.com/2012/01/s2-bandura-1982-self-efficacy-mechanism-in-human-agency.pdf>
- Castellanos, C. M., García de la Cadena, C. y Guzmán, G. (2014). Factores Psicosociales y la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en un grupo de pacientes con VIH. Revista Clínica de Enfermedades Infecciosas Hospital Roosevelt, 6(1), 7-19.
- D'Anello, S. (2006). *Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico*. MedULA 15(1), 4-11.
- DiMatteo, M., Sherbourne, C. y Hays, R. (1993). *Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study*. Health Psychology, 12(2), 93-102 <https://doi.org/10.1037/0278-6133.12.2.93>
- Dowshen, N. y D'Angelo. L. (2011). *Health Care Transition for Youth Living With HIV/AIDS*. Pediatrics, 128(4), 762-771 doi: 10.1542/peds.2011-0068. Epub 2011 Sep 19. PMID: 21930548
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jacob, S. y Jearld, S. (2007). *Transitioning Your HIV+ Youth to Healthy Adulthood: A Guide for Health Care Providers*. New York City Health and Hospitals Corporation: New York.
- Maturo, D., Powell, A., Major-Wilson, H., Sanchez, K., De Santis, J. P y Friedman, L. B. (2011). *Development of a Protocol for Transitioning Adolescents with HIV Infection to Adult Care*. Journal of Pediatric Health Care, 25(1), 16-23. [https://www.jpedhc.org/article/S0891-5245\(09\)00379-4/pdf](https://www.jpedhc.org/article/S0891-5245(09)00379-4/pdf)
- Morisky, D. E., Green, L. W. y Levine, D. M. (1986). *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence*. Med Care, 24(1), 67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007. PMID: 3945130.

MSPAS (2018). *Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de infecciones de Transmisión Sexual y VIH/VIH Avanzado*. <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202018/Protocolos/Vigilancia%20Epidemiol%C3%B3gica%20de%20Infecciones%20de%20Transmisi%C3%B3n%20Sexual%20y%20VIH.pdf>

MSPAS (2020). *Informe GAM Guatemala, Monitoreo Global del Sida, 2019*. [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GTM\\_2020\\_countryreport.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GTM_2020_countryreport.pdf)

New York State Department of Health AIDS Institute. (2011). *Transitioning HIV-Infected Adolescents into Adult Care*. New York State Department of Health: New York.

North Carolina Division of Public Health, Women's and Children's Health, & Children & Youth. (2009). *Carolina Health and Transition (CHAT): A Youth Guide to Transition from Pediatric to Adult Health Care*. Department of Health and Human Services Division of Public Health: United States.

Polo, R., Locutura, J. y Fernández, J. (2008). *Recomendaciones de la SPNS/SEP/SENP/SEIP/GESIDA sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por el VIH*. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesPsiquiatria.pdf>

Reiss, J. y Gibson, R. (2002). *Health Care Transition: Destinations Unknown*. Pediatrics, 110(6), 1307-1314. [https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/110/Supplement\\_3/1307.full.pdf](https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/110/Supplement_3/1307.full.pdf)

Remor, E. (2014). *Guía para el usuario del cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral en personas con infección por VIH y Sida (CEAT-VIH)*. Versión 5.0.

Sánchez Kulik, J. Bordato, A. Arazi, S. Mecikovsky, D. Bologna, R. (2017). *Evaluación del proceso de transición de adolescentes con infección por vih/sida*. Medicina Infantil, XXIV (2): 100- 110.

SPSS Inc. (2009). *PASW Statistics para Windows*, versión 18.0. Chicago: SPSS Inc.

Moreno-Pérez, D., Mellado Peña, M. J. y Polo Rodríguez, R. (2008). *Guía de práctica clínica para el abordaje integral del adolescente con infección por el VIH*. [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GPC\\_ADOLESCENTES\\_VIH\\_PNS\\_MSC\\_def.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GPC_ADOLESCENTES_VIH_PNS_MSC_def.pdf)

Sherbourne, C. D. y Stewart, A. L. (1991). *The MOS social support survey*. Social Science Medicine, 32(6), 705-14. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-b. PMID: 2035047.

Vijayan, T., Benin, A. L., Wagner, K., Romano, S. y Andiman, W. A. (2009). *We never thought this would happen: transitioning care of adolescents with perinatally acquired HIV Infection from pediatrics to internal medicine*. AIDS Care, 21(10), 1222-1229. <https://doi.org/10.1080/09540120902730054>