

Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y de una muestra reducida de pacientes relacionados con la adherencia al tratamiento antimalárico, Municipio Atures, Estado Amazonas, Venezuela

Knowledge, attitudes and practices of health staff and a reduced sample of patients associated with adherence to antimalarial treatment in Atures Municipality, Amazonas State, Venezuela

Rommy Durán González^{1*}, Magda M. Magris C.¹, Sarai Vivas Martínez^{2,1} & Wolfram G. Metzger^{3,1}

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue estudiar los factores asociados con el sistema de salud y con los pacientes, que determinan la adherencia al tratamiento antimalárico en el municipio Atures, estado Amazonas. Se utilizó el Método Comparativo Constante como técnica cualitativa para el análisis de los datos recogidos mediante la observación participante y las entrevistas semi-estructuradas. Los resultados mostraron que las deficiencias del Programa de Control de Malaria, como errores en el diagnóstico, registro y seguimiento de los casos maláricos y suministro del tratamiento son factores que afectan negativamente la adherencia al tratamiento antimalárico. Por otro lado, las actitudes positivas de los pacientes ante el Programa de Control de Malaria y sus conocimientos sobre la enfermedad son factores que determinan una adherencia positiva. Sin embargo, la muestra reducida de pacientes no permite que los resultados concernientes a estos actores sean conclusivos.

Palabras clave: Malaria, adherencia terapéutica, tratamiento antimalárico, conocimientos, actitudes, prácticas.

SUMMARY

The aim of this study was to investigate the factors that determine adherence to antimalarial treatment associated with the Malaria Control Program and patients in the Atures municipality, Amazonas state. The Constant Comparative Method was used as a qualitative technique for analyzing data collected through participant observation and semi-structured interviews. The results showed that deficiencies in the Malaria Control Program, such as misdiagnosis, mistakes in record keeping and monitoring of malaria cases, and treatment supply are all factors that negatively affect adherence to antimalarial treatment. On the other hand, patients' positive attitudes to the control programme and their knowledge about the disease positively affected adherence to treatment. The small sample of patients meant, however, that the results obtained remain inconclusive.

Key words: Malaria, adherence, antimalarial treatment, knowledge, attitudes, practices.

INTRDUCCIÓN

La adherencia terapéutica, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) se define como el grado de correspondencia entre el comportamiento de una persona y las recomendaciones dadas por el personal de salud. En este sentido, es indispensable entender los comportamientos que tienen los pacientes durante el

proceso de diagnóstico, tratamiento y curación de una enfermedad.

La adherencia terapéutica es un proceso complejo, dinámico y multidimensional que está “determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores” (OMS, 2004: 27) o dimensiones, que son los siguientes: 1) los asociados al equipo de asistencia sanitaria; 2) los asociados al

¹ Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET). Puerto Ayacucho, Estado Amazonas. Venezuela.

² Cátedra de Salud Pública, Escuela de Medicina “Luis Razetti”, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela.

³ Institut für Tropenmedizin, Eberhard Karls Universität Tübingen, Tübingen, Germany.

*Autora de correspondencia: rommydg@gmail.com

paciente; 3) los socioeconómicos; 4) los asociados con la enfermedad y 5) los asociados con el tratamiento (OMS, 2004). En este estudio, se aborda la adherencia terapéutica al tratamiento antimalárico y algunos de los factores que la condicionan.

En Venezuela, el Programa de Control de Malaria (PCM) es el único ente autorizado para suministrar tratamiento antimalárico. El PCM está bajo la rectoría del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y está adscrito a la Dirección General de Salud Ambiental, ubicada en Maracay, estado Aragua. La pauta nacional del 2009 (con la que se realizó esta investigación) indicaba que el tratamiento para *Plasmodium falciparum* era de 12mg/kg de Artesunato + 25 mg/kg de Mefloquina + 2,25 mg/kg de Primaquina a ser administrado en tres días y para *P. vivax* era de 25 mg/kg de Cloroquina a ser administrado en tres días + 3,5 mg/kg de Primaquina a ser administrado en catorce días. Asimismo, el tratamiento debe ser suministrado de forma gratuita y bajo estricta supervisión por el personal de salud a toda la población que lo requiera. Así, en principio, se controla el suministro y consumo de estas drogas.

Esta investigación analiza los conocimientos, actitudes y prácticas del personal del sistema de salud y de los pacientes, que determinan la adherencia al tratamiento antimalárico en el municipio Atures, estado Amazonas. La técnica de análisis utilizada permitió generar un modelo (a nivel de teoría sustantiva) sobre los factores asociados al sistema de salud que determinan la adherencia al tratamiento antimalárico en el municipio Atures, estado Amazonas.

También se analizan los conocimientos, actitudes y prácticas de 12 pacientes relacionadas con la adherencia al tratamiento antimalárico. Estos resultados no son conclusivos debido al reducido tamaño de la muestra. Sin embargo, constituyen datos relevantes tomando en cuenta que es la primera aproximación cualitativa al fenómeno de la adherencia a los antimaláricos en la zona.

MATERIALES Y MÉTODOS

Área de estudio y población

En el estado Amazonas habitan 19 pueblos indígenas distribuidos en siete municipios que

conforman el 53,9% (76.152) de la población total del estado (INE, 2013). Se hablan más de 15 idiomas indígenas diferentes, además del castellano. El municipio Atures, donde se desarrolló esta investigación, está ubicado al noroeste del estado, y de los siete municipios es el que tiene mayor crecimiento urbano. Tiene una población total de 104.228 habitantes (INE, 2013), de los cuales 28,4% son indígenas, según la Dirección Regional de Epidemiología del estado Amazonas.

En el municipio Atures se encuentra la ciudad de Puerto Ayacucho, capital del estado y asiento del Servicio de Vigilancia Epidemiológica Sanitario Ambiental, dentro del cual está el PCM. Este servicio pertenece a la Subdirección Regional de Salud Ambiental. El PCM contaba, para el 2008, con aproximadamente 150 empleados (Metzger *et al.*, 2009) de los cuales, una parte está destinada a visitar las comunidades rurales y barrios urbanos del municipio Atures y, eventualmente, el resto de los municipios para cumplir funciones de prevención y control.

Los puntos de la red de diagnóstico y tratamiento antimalárico en el municipio Atures actualmente suman 39 en total, 28 distribuidos en las comunidades rurales y 11 para el casco urbano de Puerto Ayacucho (Base de datos del laboratorio de referencia de malaria en Puerto Ayacucho).

Tres comunidades indígenas del municipio Atures fueron escogidas: Platanillal y Cerro de Oro, con población indígena Jivi y Paria Grande con población indígena Piaroa. Se utilizaron tres criterios para la selección de las comunidades: 1) presencia de miembros afectados por malaria pertenecientes a pueblos indígenas, 2) comunidades con mayor número de casos de malaria durante los dos años previos al estudio en el municipio Atures y 3) comunidades que fueran comparables en cuanto a las condiciones ecológicas, geográficas y malariológicas. Se seleccionaron a la población Jivi y a la población Piaroa según como se muestra en la Tabla I.

Tabla I. Número de casos de malaria, población Jivi y Piaroa, años 2007-2008, municipio Atures, estado Amazonas.

POBLACIÓN/AÑOS	2007	2008
JIVI	2.077	614
PIAROA	484	257

Fuente: Programa de Control de Malaria del estado Amazonas 2007-2009.

Para el período del estudio, sólo las comunidades Platanillal y Paria Grande contaban con puestos de salud. Platanillal reportó 95 casos de malaria para el 2007 y 51 para el 2008, mientras que Paria Grande reportó 74 casos para el 2007 y 21 casos para el 2008 (Baumann *et al.*, 2012). Cerro de Oro fue incluida debido a que formó parte de un corte transversal realizado en el 2009 para el mismo proyecto del cual formó parte esta investigación, aunque no se obtuvieron datos acerca de los casos de malaria en esta comunidad.

Selección de la muestra

El muestreo para las entrevistas al personal de salud y a los pacientes fue intencionado. El principio que guió el muestreo fue el de saturación de los datos, es decir, cuando ya no se obtuvo nueva información de las entrevistas, se finalizó la recolección de datos.

Para el muestreo del personal de salud se tomaron como base los organigramas estructural y funcional del PCM, así como también al personal de salud relacionado con el PCM. Estas entrevistas se realizaron entre los años 2009 y 2010. Se seleccionaron 17 funcionarios siguiendo criterios asociados a sus responsabilidades en los procesos de gestión, prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la malaria en Amazonas (Tabla II). Para obtener información sobre el sistema de farmacovigilancia de antimaláricos en el país, se incluyó en la muestra un funcionario del Centro Nacional de Vigilancia Farmacológica (CENAVIF), organismo integrador de los planes y programas inherentes a la Farmacovigilancia en Venezuela, adscrito al Instituto Nacional de Higiene (INH). Esta entrevista fue realizada en el año 2012.

Los criterios de selección de los pacientes a ser muestreados fueron los siguientes: 1) que hubiera presentado por lo menos un episodio malárico en el último año (información obtenida del PCM. Todos tuvieron malaria por *P. vivax*); 2) que perteneciera a alguna de las tres comunidades escogidas para el estudio; 3) que fuera mayor de edad; 4) que estuviera presente en su comunidad durante el estudio y 5) que accedieran a participar mediante un consentimiento informado con registro digital de voz. Se obtuvieron 12 entrevistas, (ya que pocos pacientes cumplían con los criterios 3, 4 y 5), las cuales fueron realizadas entre los años 2011-2012.

El diseño de este estudio es cualitativo. Por ello, estuvo sujeto a la flexibilidad que caracteriza este tipo de estudios. Las categorías o variables no estaban establecidas a priori sino que fueron surgiendo de la comparación constante de los datos. El objetivo fue incorporar los discursos propios de los actores involucrados (personal de salud y pacientes) para comprender lo mejor posible el fenómeno estudiado.

A partir de los datos se generó un modelo sustantivo sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del personal del PCM relacionados a la adherencia al tratamiento antimalárico. La teoría sustantiva se genera “a través de un proceso sistemático y simultáneo de recolección y análisis de los datos. Hace referencia al área empírica propia de la investigación llevada a cabo” (Trinidad, Carreo y Soriano, 56: 2006). La muestra reducida de pacientes no permite que los resultados referidos a estos actores sean conclusivos. Sin embargo, estos datos sirven de base para la realización de trabajos posteriores que profundicen sobre este tema.

Todo el proceso de recolección de la información en el campo, así como también la interpretación y el análisis de los resultados, fue llevado a cabo por la misma persona.

Observación participante

Entre junio del 2009 y mayo del 2010, y luego entre agosto del 2011 y octubre del 2012 se realizó observación directa y participante del trabajo cotidiano del personal del PCM. Se observó el trabajo de dos visitantes de Atures sur (área de estudio) en sus recorridos por las comunidades rurales y barrios urbanos de Atures, así como también se observó el desempeño del personal del laboratorio de referencia de malaria ubicado en la Subdirección Regional de Salud Ambiental.

Entrevistas semi estructuradas

Se diseñaron, validaron y aplicaron un total de 36 entrevistas semi-estructuradas a los diferentes actores, según su rol. 24 de ellas se aplicaron al personal de salud y 12 a los pacientes (Tablas V y VI, respectivamente). Las entrevistas al personal de salud fueron hechas en idioma castellano. Las entrevistas a los pacientes fueron hechas en castellano y traducidas a la lengua nativa (cuando fue necesario)

Tabla II. Personal de salud muestreado, según su ubicación física y función dentro del PCM o relacionada con este.

PERSONAL GERENCIAL DEL PCM	UBICACIÓN FÍSICA	FUNCIÓN DENTRO DEL PCM*
Adjunto al Director de Salud Ambiental Nacional	Dirección General de Salud Ambiental, Maracay estado Aragua.	Responsable a nivel nacional de los programas de Ingeniería sanitaria, epidemiología ambiental, enfermedades transmitidas por vectores.
Subdirector de Salud Ambiental	Subdirección de Salud Ambiental, Puerto Ayacucho, estado Amazonas.	Responsable regional de los programas de Ingeniería sanitaria, epidemiología ambiental, enfermedades transmitidas por vectores.
Coordinador del Servicio de Vigilancia Epidemiológica	Subdirección de Salud Ambiental, Puerto Ayacucho, estado Amazonas.	Responsable del Sistema de vigilancia epidemiológica, medidas de control vectorial, estudios entomológicos.
Coordinador de Actividades Médicas o Actividades Epidemiológicas	Subdirección de Salud Ambiental, Puerto Ayacucho, estado Amazonas.	Responsable de programar las actividades del servicio, dotación de medicamentos e insumos para los diferentes programas del servicio, así como de llevar las estadísticas de los casos.
Coordinador de Control de Vectores	Subdirección de Salud Ambiental, Puerto Ayacucho, estado Amazonas.	Responsable de las actividades relacionadas con el control vectorial (Anopheles, spp) y control de roedores.
PERSONAL OPERATIVO DEL PCM	UBICACIÓN FÍSICA	FUNCIÓN DENTRO DEL PCM*
Inspectores de área	Subdirección de Salud Ambiental, Puerto Ayacucho, estado Amazonas.	Responsables del diseño y supervisión de la ejecución de las actividades de los visitadores y cuadrillas. Vigilancia epidemiológica y control vectorial.
Visitadores rurales**	Subdirección de Salud Ambiental, Puerto Ayacucho, estado Amazonas.	Responsables de la detección de febriles, tomar las muestras para el diagnóstico microscópico de malaria y del suministro supervisado del tratamiento.
Microscopistas de malaria**	Subdirección de Salud Ambiental, Puerto Ayacucho, estado Amazonas. Comunidades indígenas de Paria Grande y Platanillal	Responsable del diagnóstico, de la emisión y notificación del resultado, así como del suministro del tratamiento
PERSONAL RELACIONADO AL PCM	UBICACIÓN FÍSICA	FUNCIÓN RELACIONADA CON EL PCM
Agentes Comunitarios de Atención Primaria en Salud (ACAPS) o Auxiliares de Medicina Simplificada**	Comunidad indígena de Paria Grande	Personal indígena entrenado en Atención Primaria en Salud. Cumplen funciones de vigilancia, prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria.
Auxiliares de enfermería**	Comunidad indígena de Platanillal	Personal médico que presta sus servicios en las comunidades por un tiempo determinado. Cumplen funciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria.
Médico rural	Comunidad indígena de Platanillal.	Vigilancia de fármacos a nivel nacional
Farmacéutico del CENAVIF	CENAVIF, INH, Caracas.	Registro y seguimiento de la información epidemiológica en el estado Amazonas referente a la malaria.
Director de Epidemiología Regional	Dirección Regional de Salud, Puerto Ayacucho, estado Amazonas.	

*El personal gerencial y operativo del PCM, al estar dentro de la Coordinación del Servicio de Vigilancia Epidemiológica sanitario Ambiental, también cumplen funciones relacionadas con otras enfermedades (dengue, parasitosis intestinales y control de roedores: leptospirosis).

**Este personal se autoidentificó como indígena en la entrevista.

Tabla III. Pacientes muestreados, según información socio-económica.

Comunidad	Sexo	Edad	Etnia	Episodios maláricos	Nivel estudios	Ocupación
Cerro de Oro	M	23	Jivi	2 veces	Est. universitario	Obrero
Cerro de Oro	F	22	Jivi	4 veces	Bachiller	Ama de casa
Cerro de Oro	F	19	Jivi	1 vez	Bachiller	Est. universitario
Cerro de Oro	M	46	Jivi	2 veces	Licenciado	Profesor
Platanillal	F	20	Jivi	4 veces	Est. bachillerato	Est. Bachillerato
Platanillal	M	65	Jivi	3 veces	Ninguno	Pescador
Platanillal	M	55	Jivi	2 veces	3er grado	Pesca, agricultura
Platanillal	M	42	Jivi	Varias veces	Lic. Educación	Maestro 5º grado
Paria Grande	M	45	Piaroa	3 veces	Ninguno	Pesca, agricultura
Paria Grande	F	32	Piaroa	2 veces	Ninguno	Agricultora
Paria Grande	M	62	Piaroa	1 vez	Ninguno	Obrero
Paria Grande	M	23	Piaroa	2 veces	Bachiller	Est. universitario

por un traductor nativo hablante perteneciente a la comunidad.

El análisis se basó en el Método Comparativo Constante (MCC) debido a que este enfoque permite interpretar los datos, categorizándolos a través de temas recurrentes y desarrollando categorías que después se comparan entre sí para aproximarse a la forma en cómo los entrevistados interpretan la realidad de estudio (Green & Thorogood, 2004). El objetivo de la aplicación de este método fue generar una red de categorías sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población estudiada, que intervienen en la adherencia al tratamiento antimalárico. Para ello, se diseñó una matriz en la que se vaciaron los datos obtenidos de las entrevistas y de la observación participante. Este proceso resultó en tres niveles de categorías: 1) Las categorías abiertas, compuestas por dos tipos de códigos asociados a los significados atribuidos por los informantes

de los fenómenos descritos: a) los códigos *in vivo*, generados directamente del lenguaje particular de cada entrevistado y b) los constructos sociológicos, que resultan de la elaboración conceptual y teórica del investigador y su constatación en los datos propios de la investigación (Green & Thorogood, 2004). 2) Las categorías axiales, las cuales hablan de las relaciones existentes entre las categorías y subcategorías (Rojas de Escalona, 2007), es decir, entre las categorías selectivas y abiertas. 3) Las categorías selectivas, o las categorías centrales o principales, que son los códigos que indican procesos, condiciones, dimensiones, consecuencias. Es el código que explica y da sentido a todos los datos y sus relaciones (Green & Thorogood, 2004).

Aspectos éticos

Esta investigación obtuvo el aval de los Comités de Bioética del Ministerio de Ciencia

Tabla IV. Guía de observación participante para visitantes rurales y laboratorio central de referencia de malaria, municipio Atures, estado Amazonas.

VISITADORES RURALES	LABORATORIO DE REFERENCIA DE MALARIA
Actividades de búsqueda activa de casos sospechosos.	Realización del diagnóstico, prescripción y suministro del tratamiento (supervisado, semi-supervisado* y autoadministrado). / Registro de la información epidemiológica de los casos (encuesta malárica). / Información dada a los pacientes sobre conductas y alimentación adecuadas durante el tratamiento.
Toma de muestras hemáticas para diagnóstico microscópico.	
Suministro del tratamiento a pacientes maláricos.	
Información dada a los pacientes sobre conductas y alimentación adecuadas durante el tratamiento.	

*Tratamiento semi-supervisado se refiere en este estudio al tratamiento que se supervisa durante los primeros tres o cuatro días (en el caso de malaria por *P. vivax*) y el resto del tratamiento se deja para auto-administración por parte del paciente.

Tabla V. Temas abordados en las entrevistas semi-estructuradas aplicadas al personal de salud, municipio Atures, estado Amazonas.

TEMARIO DE ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD	CANTIDAD Y CARGO DEL PERSONAL
Estructura del PCM: Organigramas general y funcional del PCM / Objetivos y metas del PCM / Supervisión de la ejecución del PCM / Jerarquía, funciones y nivel de formación del personal del PCM en Amazonas / Fuentes financieras y suficiencia de los recursos asignados al PCM	1 Adjunto al Director de Salud Ambiental Nacional 1 Director de Epidemiología Regional 1 Subdirector de Salud Ambiental 1 Coordinador del Servicio de Vigilancia Epidemiológica 1 Coordinador de Actividades Médicas o Actividades Epidemiológicas
Funcionamiento del programa: Diagnóstico y control de calidad del diagnóstico de malaria / Tratamiento para los pacientes con malaria. Pauta para prescribirlo y suministro del mismo / Sistema de registro de información epidemiológica / Seguimiento de las recaídas y reinfecciones en el estado Amazonas / Seguimiento de efectos adversos y resistencia a las drogas	1 Coordinador de Control de Vectores 2 Inspectores de área (AN y AS) 3 Visitadores rurales (AN, AC y AS) 1 Auxiliar de Medicina Simplificada (PG) 1 Auxiliar de enfermería (PL) 2 Microscopistas de malaria (PG y PL) 1 Médico rural (PL) 1 Farmacéutico del CENAVIF
Adherencia: Valoración sobre la adherencia (toma correcta y culminación del tratamiento) y cómo mejorarla / Creencias de las comunidades sobre la cura de la malaria y su influencia en la adherencia / Imagen que tiene la comunidad sobre el PCM y si influye la misma en el uso del servicio / Valoración sobre los cambios que habrían si se mejora la adherencia	*
Estructura del PCM: Supervisión del trabajo como visitadores o personal del ambulatorio por parte del PCM / Jerarquía del personal que labora en el PCM en Amazonas / Suficiencia de los recursos asignados al PCM	3 Visitadores rurales (AN, AC y AS) 1 Auxiliar de Medicina Simplificada (PG) 1 Auxiliar de enfermería (PL) 2 Microscopistas de malaria (PG y PL)
Funcionamiento del PCM: Suministro de medicamentos al PCM y del tratamiento antimalárico a visitadores / ambulatorios / Registro de los casos de malaria (información epidemiológica)	*
Conocimientos tradicionales sobre malaria: Concepción de la malaria a nivel tradicional. Nombre, causas, síntomas y tratamiento / Existencia de personal capacitado para prevenir o tratar la malaria a nivel tradicional en la comunidad	1 Auxiliar de Medicina Simplificada (PG) 1 Auxiliar de enfermería (PL) 2 Microscopistas de malaria (PG y PL)
Evaluación de la calidad del servicio de salud en cuanto a diagnóstico y tratamiento de la malaria: Valoración de la calidad del diagnóstico de malaria del PCM a los pacientes / Valoración de la calidad del tratamiento antimalárico que le da el PCM a los pacientes / Valoración de la calidad de los servicios de salud biomédicos en las comunidades indígenas	*

*AN: Atures Norte; AC: Atures Centro; AS: Atures Sur; PG: Paria Grande; PL: Platanillal.

y Tecnología y del Servicio Autónomo Centro Amazónico para la Investigación y Control de Enfermedades Tropicales Simón Bolívar (SACAICET). Se solicitó el consentimiento informado a los participantes del estudio. Estos se encuentran en registros digitales de voz ubicados en la Unidad de Malaria del SACAICET.

RESULTADOS

Las Tablas abajo presentadas (de la VII a la XII) son las matrices que contienen los códigos y categorías sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y los pacientes que intervienen en la adherencia al tratamiento

Tabla 6. Temas abordados en las entrevistas semi-estructuradas aplicadas a los pacientes, municipio Atures, estado Amazonas.

TEMARIO DE ENTREVISTA A PACIENTES	COMUNIDAD DE ORIGEN Y CANTIDAD
Concepciones acerca de la enfermedad, síntomas asociados y riesgo de infección: Concepciones sobre la malaria. ¿Qué es? ¿Por qué le ha dado? Origen / Síntomas asociados / Lugares, momentos del día y del año y grupos etéreos con mayor riesgo de infección / Número de episodios de malaria en la persona.	
Itinerario terapéutico*: Acciones o decisiones tomadas por el paciente cuando se siente enfermo con fiebre y escalofríos / Acciones o decisiones tomadas por el paciente después que recibe el diagnóstico de malaria.	CERRO DE ORO 3 Pacientes 1 Informante clave (Maestro)
Conocimientos sobre diagnóstico y tratamiento de la malaria A nivel tradicional y de la biomedicina	PLATANILLAL 3 Pacientes 1 Informante clave (Maestro)
Valoración de la calidad de atención, diagnóstico y tratamiento de malaria en los centros de salud: Explicaciones que han recibido del personal de salud acerca de la correcta toma del tratamiento. Idioma en que se hace dicha explicación y comprensión de la misma. Posibilidades de mejorarla / Valoración de esa información / Dificultades de los pacientes para seguir las instrucciones de toma correcta del tratamiento / Empaque del tratamiento. Valoración del empaque y posibilidad de mejorarlo / Valoración de las pastillas antimaláricas y de su efectividad. Reacciones adversas / Preferencia de tratamiento. Tratamiento antimalárico o medicina tradicional.	PARIA GRANDE 3 Pacientes 1 Informante clave (con conocimientos sobre medicina tradicional)
Conocimiento de los riesgos de abandono del tratamiento / Opinión sobre supervisión tratamiento	

*Itinerario terapéutico se refiere aquí a las decisiones y acciones de los pacientes que buscan aliviar los padecimientos de la enfermedad, en las que las variables socioculturales tienen un papel importante.

antimalárico en el municipio Atures, estado Amazonas.

En los Tablas VII y VIII, la columna a sintetiza las categorías de la columna b, que a su vez engloban los códigos generados a partir de las respuestas de los entrevistados (categorías abiertas). Las respuestas del personal gerencial están en la columna c.1 y las del personal operativo en la columna c.2. En las columnas c.1 y c.2, los textos entre comillas reflejan los códigos *in vivo*, mientras que los textos sin marcas son los constructos sociológicos. La columna d responde a los datos obtenidos de la observación participante. Las Tablas IX, X y XI se estructuran igual que los Tablas VII y VIII, pero no tienen la columna d porque no se hizo observación participante sobre esos aspectos.

Los códigos y categorías generados de las entrevistas a los funcionarios con cargos relacionados

con el PCM (Tabla II) se incluyen en estas matrices, en función de las responsabilidades de sus cargos, de la siguiente manera: El Director de Epidemiología Regional y el farmacéutico del CENAVIF se incluyen como personal gerencial, y los Auxiliares de Medicina Simplificada, el Auxiliar de Enfermería y el médico Rural, se incluyen como personal operativo.

El Tabla XII es la única tabla referida a los pacientes. Se estructura de la misma manera que las Tablas IX, X y XI.

ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis e interpretación de los resultados se realiza por medio de tres figuras que muestran las categorías extraídas a partir del procedimiento de la codificación abierta, axial y selectiva. Cada figura representa un modelo de interpretación de los

Tabla VII. Matriz 1. Conocimientos del personal del Programa de Control de Malaria (PCM) sobre el funcionamiento del Programa

CATEGORÍA SELECTIVA ^a	CATEGORÍAS AXIALES ^b	CATEGORÍAS ABIERTAS ^c		OBSERVACIÓN PARTICIPANTE ^d
		PERSONAL GERENCIAL DEL PCM ^{c.1}	PERSONAL OPERATIVO DEL PCM ^{c.2}	
Conocimientos sobre el funcionamiento del PCM	Pauta nacional de tratamiento	Mf + Ar + Pr x 3 DÍAS (<i>P. falciparum</i>) Cl + Pr x 14 DÍAS (<i>P. vivax</i>)	Mf + Ar + Pr x 3 DÍAS (<i>P. falciparum</i>) Cl + Pr x 14 DÍAS (<i>P. vivax</i>)	Errores de prescripción, suministro y seguimiento del tto. / Pauta de supervisión del tto no se cumple en todos los casos
	Dx microscópico	Gota gruesa y extendido	Gota gruesa y extendido	Errores en Dx infecciones mixtas
	Registro de información epidemiológica	3 niveles de registro: visitador y microscopista (diario); inspector de área (semanal); coordinador de actividades médicas (mensual)	3 niveles de registro: visitador y microscopista (diario); inspector de área (semanal); coordinador de actividades médicas (mensual)	Errores en el primer nivel de registro de información epidemiológica
	Recursos asignados para ejecución PCM	"Escasos recursos económicos" "Falta de personal" "Falta de vehículos para traslados terrestres y fluviales"	"Falta de vehículos" para hacer supervisiones, control, y traslados terrestres y fluviales	Materiales y reactivos para Dx insuficientes / Microscopios en mal estado / Condiciones del Laboratorio de Dx inadecuadas / Escasez de papelería para el registro epidemiológico / Vehículos terrestres y fluviales insuficientes y deteriorados.
	Supervisión de la ejecución PCM	Supervisión "deficiente"	La supervisión "no se realiza" por falta de medios de transporte	No se observó supervisión del personal del Lab. de Dx de malaria
	Sist de vigilancia resistencia a las drogas	No existe actualmente	No mencionaron nada al respecto	No se cumplió la pauta nacional de seguimiento del tto antimalárico durante el período de observación.
	Sist de vigilancia efectos adversos	No existe actualmente	No mencionaron nada al respecto	No se siguió ningún caso durante el período de observación.

*Códigos: "tto" quiere decir: tratamiento; "Dx" quiere decir: diagnóstico.

datos que, de manera esquemática y en forma de red, muestra las categorías y subcategorías y las relaciones entre ellas.

La Fig. 1 muestra una red de categorías referidas al personal de salud, y está compuesta por las categorías de las Tablas VII y VIII. La Fig. 2 muestra otra red referida al mismo personal, e incluye

los datos de las Tablas IX, X y XI. La Fig. 3 muestra la red referida a los pacientes, y está hecha a partir del Tabla XII.

En cuanto a la Fig. 1, hay dos categorías selectivas a partir de las cuales se desprenden las demás. La primera, Conocimientos sobre el funcionamiento del PCM, contiene seis categorías

Tabla VIII. Matriz 2. Prácticas del personal del Programa de Control de Malaria (PCM): funcionamiento del Programa.

CATEGORÍA SELECTIVA ^a	CATEGORÍAS AXIALES ^b	CATEGORÍAS ABIERTAS ^c		OBSERVACIÓN PARTICIPANTE ^d
		PERSONAL GERENCIAL DEL PCM ^{c.1}	PERSONAL OPERATIVO DEL PCM ^{c.2}	
Prácticas de Funcionamiento del PCM	Cotidianidad de los trabajadores del PCM	Movilización de personal para suplir deficiencias / "Dificultad para completar las actividades programadas" / "Atrasos en la entrega de ttos en los municipios" / Fallas en supervisión de tto porque los pacientes no están en casa	Mantenimiento con recursos propios de vehículos del servicio / Dejan tto para autoadministración por fallas en vehículos del servicio / Cumplimiento de funciones extra por falta de personal.	Retraso en la entrega de tto / Cumplimiento de funciones extra por falta de personal / Con frecuencia no se pudo entregar el tto porque no estaba el paciente en su vivienda.
	Idioma de prescripción del tto	Este personal no prescribe tratamiento antimalárico, por lo que no se exploró este aspecto.	Prescripción oral en lengua indígena / Prescripción oral en ambos idiomas / Prescripción oral en lengua indígena y prescripción escrita en castellano.	Con frecuencia, no se entrega por escrito la prescripción del tto a pacientes indígenas que no leen ni escriben en castellano / No hay pautas de prescripción en este caso
	Suministro del tratamiento a los pacientes	Este personal no suministra tratamiento a los pacientes, por lo que no se exploró este aspecto.	Diferentes formas de suministro de tto para <i>P. vivax</i> . (supervisado, semi-supervisado y autoadministrado) / Diferencias en los días de administración del tto para <i>P. vivax</i> . (7 y 14 días).	Tres formas de administración del tto: supervisado, semi-supervisado y autoadministrado / Diferencias en la dosificación y días de tto para <i>P. vivax</i> / No se cumple a cabalidad la pauta nacional.

que a su vez develan 12 subcategorías sobre los conocimientos del personal de salud:

La pauta nacional de tratamiento por peso y por edad. Para la fecha de las entrevistas (2009-2010), los entrevistados refirieron que la primera línea de tratamiento para la malaria por *P. falciparum* es la combinación terapéutica de Mefloquina + Artesunato + Primaquina suministrada en tres días. Para la malaria a *P. vivax*, la línea de tratamiento reconocida fue Cloroquina + Primaquina por 14 días. No obstante, la observación participante reveló

errores en la prescripción, suministro y seguimiento del tratamiento por el personal del laboratorio y los visitantes.

En ocasiones la prescripción de dosis y drogas fueron inadecuadas para la especie parasitaria diagnosticada, así como también no se cumplía con la pauta de suministro supervisado del tratamiento. La no supervisión del tratamiento por el personal del PCM en Amazonas fue también descrita por Metzger (2008). Los errores de prescripción pueden resultar en efectos negativos para la salud (Metzger *et al.*,

Tabla IX. Matriz 3. Conocimientos del personal de salud acerca de los saberes sobre malaria que tienen en las comunidades

CATEGORÍAS SELECTIVAS ^a	CATEGORÍAS AXIALES ^b	CATEGORÍAS ABIERTAS ^c	
		PERSONAL GERENCIAL DEL PCM ^{c.1}	PERSONAL OPERATIVO DEL PCM Y PERSONAL RELACIONADO AL PCM ^{c.2}
Conocimientos acerca de saberes sobre malaria en las comunidades	Utilización de tratamientos alternativos para la malaria	Utilización de plantas medicinales para “neutralizar al parásito”	Uso de plantas medicinales para “prevenir” o para “que no siga pegando” la malaria / Uso de plantas medicinales indicadas por curanderos o chamanes.
	Utilización de ambas medicinas por los pacientes	No mencionaron nada al respecto	Acuden al chamán y usan antimaláricos / Usan plantas medicinales luego de culminar tto

Tabla X. Matriz 4. Actitudes del personal de salud respecto a la adherencia al tratamiento.

CATEGORÍAS SELECTIVAS ^a	CATEGORÍAS AXIALES ^b	CATEGORÍAS ABIERTAS ^c	
		PERSONAL GERENCIAL DEL PCM ^{c.1}	PERSONAL OPERATIVO DEL PCM Y PERSONAL RELACIONADO AL PCM ^{c.2}
Actitudes respecto a la adherencia	Opinión sobre la adherencia	“Aceptable” o “buena” / “Aceptable con factores que la condicionan” / “Sujeta al pueblo indígena que se trate” / “No se toman el tratamiento” o “es pésima”	“Buen cumplimiento del tratamiento” / “Necesaria supervisión del tratamiento” / “Imposible saber si es cierto que cumplen el tratamiento”
	Factores que afectan negativamente la Adherencia	“Mejoría del paciente” / “Ingesta de bebidas alcohólicas durante el tto” / Uso de plantas medicinales / Migraciones / “Falta de diálogo con el paciente” / “Mala imagen” del PCM / Falta de recursos.	“Mejoría” / Efectos secundarios / Uso de plantas medicinales
	Sugerencias para mejorar la Adherencia	“Supervisión del tto” / Reducción de dosis y días de tto / Diagnóstico CAP a la población / Educación para la salud / Cambiar presentación (blíster) / “Recubrir pastillas con azúcar”	“Supervisión del tratamiento” / “Educación para la salud”

Tabla XI. Matriz 5. Prácticas del personal de salud respecto a la adherencia al tratamiento.

CATEGORÍAS SELECTIVAS ^a	CATEGORÍAS AXIALES ^b	CATEGORÍAS ABIERTAS ^c	
		PERSONAL GERENCIAL ^{c.1}	PERSONAL OPERATIVO DEL PCM Y PERSONAL RELACIONADO AL PCM ^{c.2}
Prácticas respecto a la adherencia	Estrategias para medir la adherencia	“Lámina control” / “Confianza en el paciente” / “Supervisión del tratamiento” / “Curación del paciente”	Curación del paciente / “Lámina control” / “Confianza” en el paciente / “Supervisión” tto
	Estrategias para asegurar la Adherencia	Supervisión del tto / Explicación de la prescripción del tto / Improvisación de un empaque para el tto*.	Supervisión del tratamiento

* La improvisación de un empaque para el tratamiento antimalárico consiste en la elaboración de sobres con hojas de papel o bolsas con cierre fácil identificadas por día de tratamiento.

Tabla XII. Matriz 6. Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con respecto a la adherencia al tratamiento antimalárico

CATEGORÍAS SELECTIVAS ^a	CATEGORÍAS AXIALES ^b	CATEGORÍAS ABIERTAS ^c
Conocimientos sobre la Enfermedad	Percepción de riesgo sobre malaria	Enfermedad “peligrosa”, “contagiosa”, “dañina” / “Se puede complicar en hepatitis”
	Origen de la enfermedad	“Zancudos”
	Transmisión de la enfermedad	“Zancudos” y “personas infectadas”
Conocimientos sobre el tratamiento de la Enfermedad	Tto para curar la malaria	“Alaren”* / “la pastilla de quinina” y “remedios caseros” / Plantas medicinales
	Consecuencia de abandono del tto	Repetición del episodio malárico
Actitudes ante la calidad de atención y del Tratamiento	Calidad de atención personal salud	Conformes con la atención / “Siempre cumplidos”, “Trabajan bien”
	Efectos secundarios del tto	“Picazón” en el cuerpo, “Mareo” / “Dolor de estómago y vómito”
	Preferencias de tratamiento	“Tratamiento” o “pastillas” de malaria / Plantas medicinales cuando no hay antimaláricos
	Efectividad del tto antimalárico	“Efectivo” / Las pastillas “curan” pero pueden causar “efectos secundarios”
	Supervisión del tratamiento	“Importante”, “bueno”
	Opinión sobre el empaque del tto	“Bueno”, “así está bien” / “Bueno pero podría mejorar”
	Sugerencias para mejorar el empaque del tto	“Contenedores” / “Empaques” no improvisados
Prácticas del PCM en la comunidad	Forma de entregar el tto en el último episodio malárico	Autoadministrado / Semi-supervisado / Supervisado
Prácticas: itinerario terapéutico de los Pacientes	Uso de terapia biomédica y tradicional	Toma el tratamiento antimalárico y luego toma plantas medicinales / Toma los antimaláricos sin tomar plantas medicinales / Chaman-ambulatorio (cuando no hay personal de malaria)

*El paciente quiso decir: ARALEN, que es el nombre comercial más común con el que se conoce a la Cloroquina.

2012) y el no cumplimiento de las pautas afectan negativamente la adherencia (OMS, 2004). Esta situación también se ha descrito para la realidad colombiana, en donde el personal responsable de prescribir el tratamiento no sigue siempre el protocolo nacional (Osorio, Sevilla & Anacona, 2004).

Diagnóstico parasitológico por microscopía: el personal reconoció las técnicas adecuadas tanto para diagnóstico como para procesamiento de muestras. Sin embargo, en la práctica se observaron fallas en la detección de infecciones mixtas (*P. vivax* y *P. falciparum*) y de infecciones con bajas cargas parasitarias, lo que llevó a que el tratamiento inicial fuese inadecuado. Los llamados falsos negativos presentan un problema, sobre todo en bajas parasitemias, como mostró un estudio de mil laminas

por chequeo ciego hecho en el 2007 en el estado Amazonas (Metzger *et al.*, 2011). También es sabido que en los puestos de salud lejanos, en los municipios del interior del estado, las precarias condiciones de los laboratorios impactan la calidad del diagnóstico y de la gota gruesa (Metzger *et al.*, 2008).

Registro de información epidemiológica: El personal identificó tres niveles de registro. Diario (visitadores y microscopistas), semanal (inspectores de área) y mensual (coordinador de actividades médicas), para ser enviados al nivel central, en Maracay, estado Aragua. Los errores fueron identificados en el primer nivel. El registro inespecífico de la dirección de los pacientes dificulta o imposibilita que los visitadores los encuentren, retrasando el inicio del tratamiento.

Fig. 1. Red de datos sobre conocimientos y prácticas del personal de salud relacionadas con el funcionamiento del Programa de Control de Malaria (PCM).

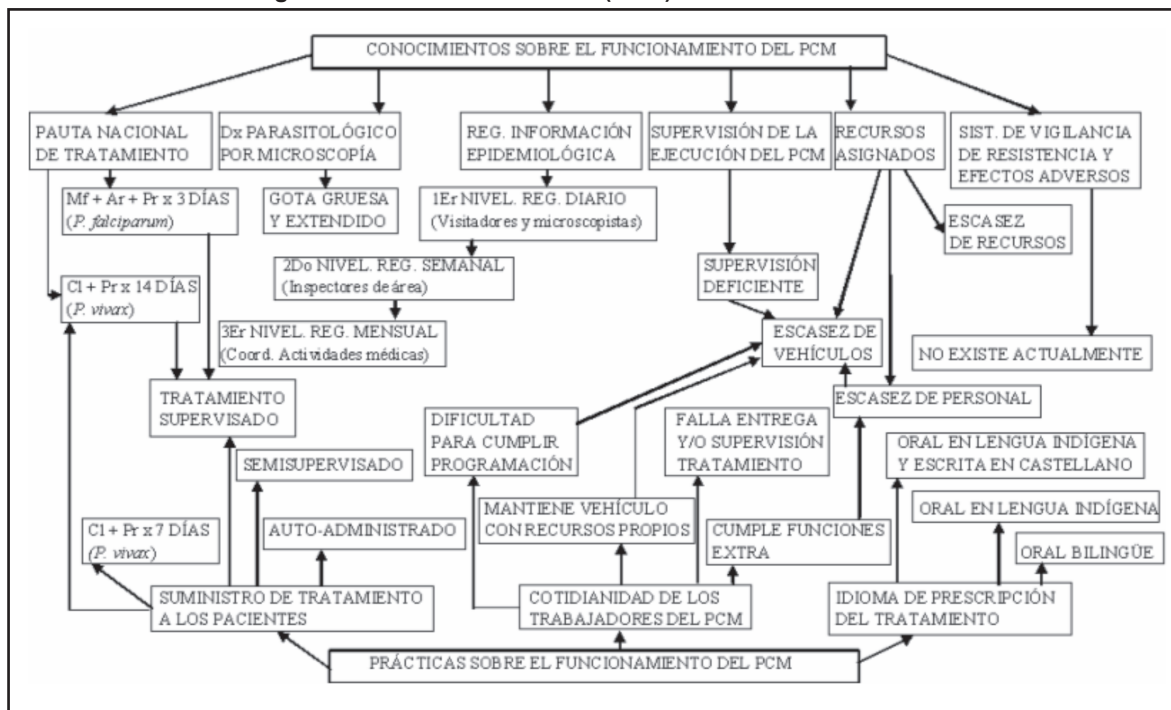


Fig. 2. Red de datos sobre conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud con respecto a la adherencia del tratamiento antimalarico.

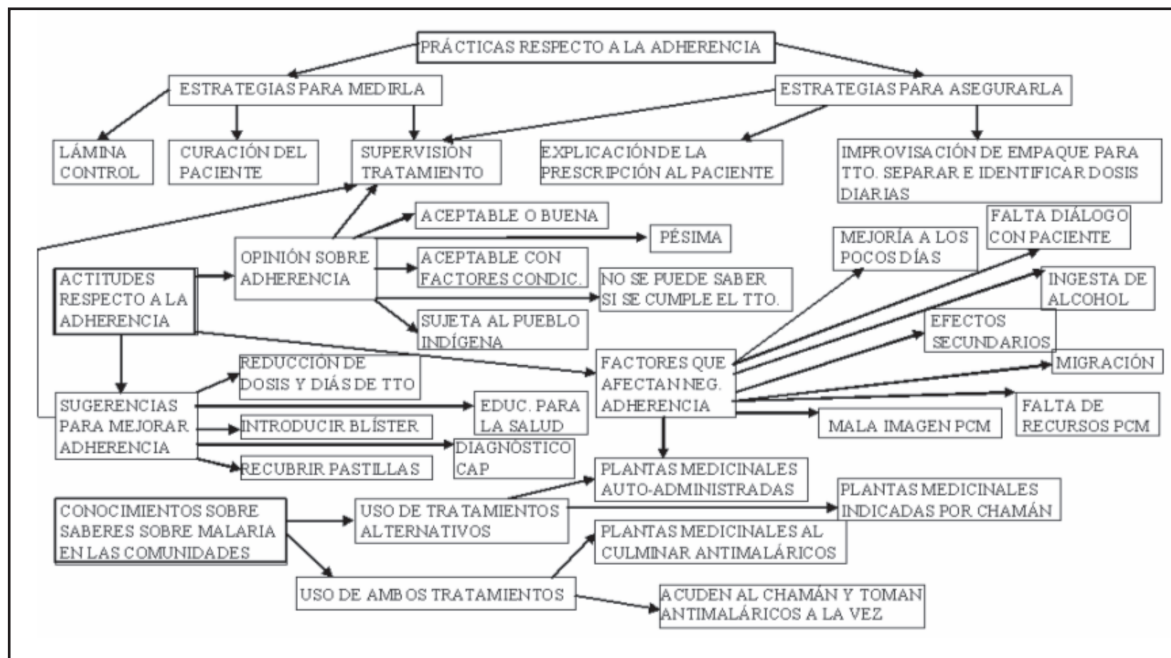
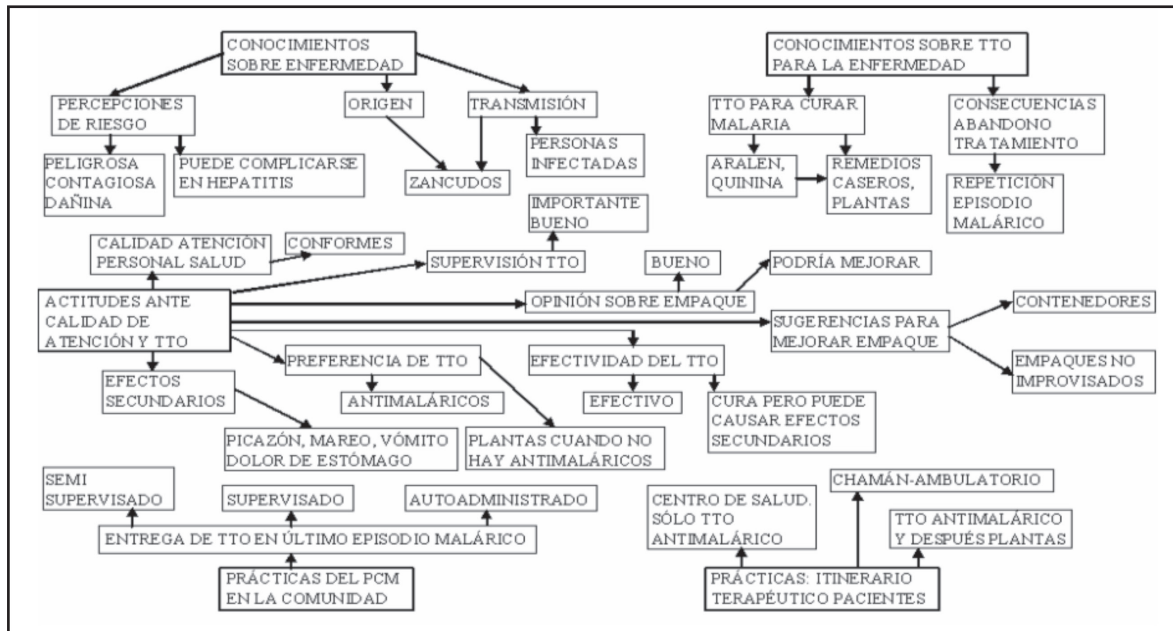


Fig. 3. Red de conocimientos, actitudes y prácticas de pacientes con respecto a la adherencia al tratamiento antimalárico.



También se observó un caso en el que un diagnóstico positivo fue registrado en la base de datos como negativo y el tratamiento se inició tardíamente, después de identificarse el error. Como se observa, las fallas en el registro de la información epidemiológica pueden afectar de manera negativa la adherencia al tratamiento antimalárico.

Los recursos asignados para la ejecución del PCM: según los entrevistados, la principal causa de que las actividades planificadas por el programa no se puedan realizar son los “escasos recursos económicos”, que se traducen principalmente en “falta de personal” y de “vehículos para traslados terrestres y fluviales”.

Bevilacqua *et al.* (2009), también encontraron deficiencias similares en la cobertura geográfica y temporal, seguimiento de los casos, diagnóstico oportuno, presupuesto y personal del PCM en el estado Bolívar, área rural de difícil acceso similar a Amazonas con población indígena. Estas fallas del PCM hablan de la necesidad de fortalecer el entrenamiento del personal en las áreas de diagnóstico, registro de información epidemiológica y suministro del tratamiento, como ya lo había sugerido Metzger (2008), y así se mejoraría la adherencia al tratamiento antimalárico.

La supervisión de la ejecución del PCM: el personal expresó que la supervisión que se realiza actualmente es “deficiente” o “no se realiza” debido a la falta de vehículos. La supervisión regular y permanente asegura que los trabajadores cumplan adecuadamente sus funciones de diagnóstico, prescripción, suministro y seguimiento del tratamiento, y evitaría la falta de adherencia que se ha identificado como consecuencia de estos factores en otros estudios en países de la cuenca amazónica y África (Management Sciences for Health/Amazon Malaria Initiative, 2010).

Sistemas de vigilancia de efectos adversos y de resistencia a las drogas: los funcionarios del nivel gerencial del PCM expresaron no conocer su existencia. La funcionaria del CENAVIF explicó que, aunque existe el sistema de farmacovigilancia intensiva (que incluye la farmacovigilancia de los antimaláricos), este centro no disponía de los registros del PCM ya que, operacionalmente, no existía para el momento del estudio, ningún vínculo entre el CENAVIF y el PCM. A través de un seguimiento de los efectos adversos, se podría saber si éstos afectan negativamente la adherencia.

Asimismo, la identificación y seguimiento de patrones de resistencia a las drogas serviría para

saber si las fallas en la adherencia están causando reinfecciones resistentes. En varios estudios (Maynadie *et al.*, 1989; Magris 1997; Rodríguez, Carrasquel & González 2011); se había reportado la resistencia de *P. falciparum* a la Cloroquina y Mefloquina. En el 2003, la Red Amazónica de la Vigilancia de la Resistencia a las Drogas Antimaláricas (RAVREDA) también reportó dicha resistencia y finalmente, estas evidencias determinaron la actualización de los esquemas terapéuticos para *P. falciparum* en el país en el 2004, implementándose la combinación terapéutica Mefloquina + Artesunato + Primaquina en tres días (Metzger, 2008).

La categoría Prácticas de funcionamiento del PCM, contiene tres categorías que a su vez develan 15 subcategorías sobre estas prácticas del personal de salud. La categoría Cotidianidad de los trabajadores del PCM, sintetiza los procesos cotidianos de resolución de dificultades por deficiencias del PCM, para el logro de las actividades programadas. Los funcionarios cumplen funciones adicionales por falta de personal y de medios de transporte. Los visitadores afirman mantener con recursos propios los vehículos del programa. El mal estado de los mismos hace difícil “completar las actividades programadas” y atrasa la entrega de los tratamientos. En ocasiones se observó que el paciente no se encontraba en su vivienda el día de entrega del tratamiento, causando la pérdida del viaje a los visitadores rurales.

Gómez, Alarcón & Amundaray (2010) encontraron también en un estudio realizado en la localidad de Río Seco, estado Sucre, que la principal debilidad del servicio antimalárico es la falta de recursos humanos y materiales (medios de transporte para una adecuada supervisión y vigilancia). La OMS explica que entre los factores relacionados con el equipo de asistencia sanitaria que ejercen un efecto negativo en la adherencia, están: “*sistemas deficientes de distribución de medicamentos (...) proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño*” (OMS, 2004: 29).

Idioma de prescripción del tratamiento en las comunidades indígenas: el personal indígena de las comunidades prescribe el tratamiento de forma oral, en lengua indígena y/o en castellano (depende si el paciente es monolingüe o bilingüe), lo cual ayuda a que los pacientes entiendan mejor el tratamiento. Otra

manera es explicarlo en lengua local y escribirlo en castellano, para los pacientes que saben leer y escribir. Contar con personal indígena bilingüe es algo positivo para el programa. Sin embargo, existe la posibilidad de diseñar un empaque culturalmente adecuado para garantizar la adherencia al tratamiento en las situaciones en las que sea imposible supervisarlo.

El suministro del tratamiento a los pacientes se realiza de tres formas, según condiciones de medios de transporte, clima, distancia a recorrer y otros factores: supervisado, semi-supervisado y autoadministrado. En los últimos dos casos no se cumple la pauta nacional de supervisión total del tratamiento por el personal de salud. En países como Colombia, Perú y Ghana, la supervisión del tratamiento ha resultado positiva para la adherencia (Osorio, Sevilla & Anaconda, 2004; Llanos-Zavalaga, 2006; Management Sciences for Health/Amazon Malaria Initiative. 2010).

Durante el período 2011-2012, en Amazonas no se contaba con la primera línea de tratamiento para *P. falciparum*, y la segunda estaba escasa. Se observó que los pacientes, con frecuencia, fueron tratados el primer día en el laboratorio con la tercera línea (Quinina) y los visitadores terminaban la dosis, los dos últimos días, con la segunda línea (Coartem®). Está documentado que el uso incorrecto de antimicrobianos está asociado con la generación de resistencia (OMS, 2001).

La Fig. 2 está basada en tres categorías selectivas. A su vez, estas categorías se dividen en 33 subcategorías que representan los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud con respecto a la adherencia al tratamiento antimalárico.

La primera categoría muestra los conocimientos sobre los saberes sobre malaria en las comunidades identificados por el personal de salud: 1) la utilización de tratamientos alternativos (plantas medicinales) por los pacientes. Se diferenció entre plantas medicinales autoindicadas y/o autoadministradas y las indicadas por curanderos o chamanes. En todos los casos explicaron que son utilizadas para “prevenir”, “neutralizar” y “que no siga pegando” la enfermedad, lo que coincide con lo que dijeron los pacientes entrevistados. 2) la utilización de ambas formas de medicina por los pacientes: explicaron que los pacientes acuden

al chamán y toman los antimaláricos al mismo tiempo, mientras que el uso de plantas medicinales autoadministradas se realiza luego de culminar el tratamiento antimalárico. Esto último fue confirmado en las entrevistas a pacientes.

En un estudio realizado en la población de Yaguaraparo, estado Sucre (Sojo-Milano *et al.*, 2008), también se encontró el uso de remedios caseros en combinación con el tratamiento antimalárico y no se reportaron efectos negativos sobre la adherencia. Esto sugiere que el uso de medicina tradicional o terapias naturales no interfiere necesariamente de forma negativa con la adherencia a los antimaláricos. La segunda categoría selectiva, actitudes del personal de salud respecto a la adherencia al tratamiento, contiene tres subcategorías:

- 1) La opinión sobre la adherencia, que varió entre: “aceptable” o “buena”; “aceptable pero con factores que la condicionan”; “sujeta al pueblo indígena que se trate” “la adherencia es pésima”, “necesaria supervisión del tratamiento”, “imposibilidad de saber si es cierto que cumplen el tratamiento”, refiriéndose al tratamiento autoadministrado.
- 2) Los factores que influyen negativamente en la adherencia al tratamiento, según el personal entrevistado, son: la “mejoría del paciente a los pocos días de inicio del tratamiento”; la “ingesta de bebidas alcohólicas durante el tratamiento”; el uso de plantas medicinales; las constantes migraciones, sobre todo en población indígena (constatado con la observación participante en pacientes Jivi); los efectos secundarios del tratamiento; la “falta de diálogo” con el paciente sobre la importancia del tratamiento; la falta de recursos que dificulta la supervisión del tratamiento y la “mala imagen” del PCM en las comunidades, lo que provoca “rechazo hacia la institución” y sus servicios. Las últimas tres subcategorías hacen referencia a problemas internos del PCM, lo que refleja el importante papel que juega este programa en el proceso de la adherencia. Se debe dar peso a cómo los prescriptores y proveedores del tratamiento pueden determinar la adherencia ya que esto no se ha problematizado desde la perspectiva clínica (Hunt & Arar, 2001). El papel que juegan los servicios de salud sobre la adherencia ha sido señalada por la OMS (2004) y constatada para la realidad colombiana (Osorio, Sevilla & Anaconda, 2004).
- 3) Sugerencias para mejorar la adherencia: las opciones sugeridas por el personal fueron: supervisar la toma del tratamiento; reducir las dosis y los días de

tratamiento; realizar educación para la salud; realizar un diagnóstico previo de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en las comunidades; recubrir las pastillas con azúcar y colocar el tratamiento en un blíster. La observación participante reveló que los antimaláricos se entregan a los pacientes dentro de hojas de papel envueltas tipo sobre y separadas por día de tratamiento, lo que no evita daños a las pastillas causados por fragmentación, humedad y exposición a la luz. La OMS ha indicado que el empaquetamiento de los medicamentos estratificados en grupos de edad o peso ha contribuido enormemente a mejorar el uso racional de los mismos (OMS, 2005). Esto se ha confirmado en países de África, donde la introducción de antimaláricos preempacados ha mejorado la adherencia al tratamiento (Kolaczinski *et al.*, 2006; Beer *et al.*, 2009).

La tercera categoría selectiva, Prácticas del personal de salud ante la adherencia al tratamiento, se divide en las siguientes subcategorías:

- 1) Estrategias para medir la adherencia: Aunque no está estandarizado un método para medirla, fueron reconocidas estrategias cotidianas por todo el personal. La “lámina control” (muestra de sangre tomada al paciente al culminar su tratamiento); la “supervisión del tratamiento”; la “curación del paciente” y la “confianza” en el paciente, aunque no puede decirse que esta última sea una estrategia de medición de la adherencia. La OMS (2004) asegura que no existe un “patrón de oro” para medir la adherencia y que, aunque se han aplicado variedad de estrategias, “todas tienen inconvenientes para evaluar los comportamientos de adherencia terapéutica” (OMS, 2004: 4). “Un enfoque multimétodos (...) constituye la medición más avanzada del comportamiento de adherencia terapéutica” (OMS, 2004: 5).
- 2) Estrategias para asegurar la adherencia: la supervisión del tratamiento por el personal de salud o por una persona “responsable” (maestro o familiar) de la comunidad; la explicación de la prescripción del tratamiento a los pacientes y la improvisación de un empaque para suministrar el tratamiento. Aunque tampoco esté estandarizado un método en este caso, el personal explicó que estas estrategias se derivan de sus experiencias con los pacientes.

Finalmente, en la Fig. 3 se muestra la red sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes respecto a la adherencia al tratamiento

antimalárico. Esta red se basa en 5 categorías selectivas, que a su vez contienen 37 subcategorías.

La primera, conocimientos sobre la enfermedad, sintetiza: 1) las percepciones de riesgo de la malaria, que giran en torno a: es una enfermedad "peligrosa", "contagiosa", "dañina" y "se puede complicar en hepatitis". Algunos pacientes explicaron que la medicina natural luego del tratamiento antimalárico alivia el hígado. Esta concepción puede tener que ver con el conocimiento general de la población de que el paludismo afecta este órgano. En Perú, Ecuador y Colombia, se ha encontrado que el conocimiento de la gravedad de la infección influye positivamente en la adherencia a los antimaláricos por miedo a que se complique la enfermedad (Llanos-Zavalaga, 2006; Management Sciences for Health/Amazon Malaria Initiative, 2010; Osorio, Sevilla y Anacona, 2004). 2) El origen de la enfermedad, que fue identificado como "zancudos" por todos los pacientes. La transmisión de la malaria fue reconocida como producto tanto de zancudos como de personas infectadas. Valorar a un enfermo como portador y potencial propagador, así como reconocer que la malaria tiene un agente transmisor (vector) asegura la adherencia porque ayuda a los pacientes a confiar en los antimaláricos (Llanos-Zavalaga, 2006).

Otra categoría se refiere a los conocimientos sobre el tratamiento para la enfermedad. Los entrevistados reconocieron dos formas de tratamiento para curar la malaria: las "pastillas de quinina" o el Aralen (término común para referirse a los antimaláricos hoy en día entre la población) y los "remedios caseros", siempre y cuando se tomen luego de las pastillas. En estos pacientes, la utilización de medicina natural no parece ser un factor determinante en la adherencia negativa a los antimaláricos. Osorio, Sevilla & Anacona (2004) encontraron en Colombia que la automedicación con elementos de origen botánico afectó negativamente la adherencia sólo en algunos casos, mientras que en otros casos no la afectó. Por otro lado, todos los pacientes identificaron que la repetición del episodio malárico era la consecuencia de abandono del tratamiento. Conocer los riesgos de abandono del tratamiento es un factor que se ha asociado positivamente a la adherencia (Llanos-Zavalaga, 2006).

Las actitudes ante la calidad de atención y del tratamiento es otra categoría interesante. Los

pacientes entrevistados expresaron estar conformes con la calidad de atención del personal de malaria y con la calidad de atención en el ambulatorio de la comunidad. Explicaron que el personal de malaria da atención, diagnóstico y tratamiento inmediato, y que son "siempre cumplidos". "Trabajan bien". También mencionaron que gracias a los ambulatorios en las comunidades no tienen que trasladarse a Puerto Ayacucho. La OMS ha encontrado que la no frustración de los pacientes con respecto a la atención del personal de salud es un factor que contribuye con la adherencia a los tratamientos (OMS, 2004). Esto contrasta con la visión de algunos funcionarios, quienes explicaron que el PCM tiene una mala imagen en las comunidades.

En cuanto a los efectos secundarios del tratamiento, sólo cuatro síntomas fueron descritos. El más mencionado fue "picaçon en el cuerpo"; seguido por "mareo" y "dolor de estómago y vómitos". Menos de la mitad de los pacientes indicaron no haber sentido nunca efectos secundarios. Ningún paciente mencionó los efectos secundarios como un factor que lo hiciera abandonar el tratamiento, a diferencia de lo que sugirió el personal de salud y de lo que se ha encontrado en Ecuador y en Colombia, en donde los efectos secundarios condicionaron negativamente la adherencia a los antimaláricos (Management Sciences for Health/Amazon Malaria Initiative, 2010). Sin embargo, cabría la posibilidad de estudiar a profundidad este factor en un futuro, con una muestra mayor de pacientes.

Cuando se preguntó por las preferencias de tratamiento, todos los pacientes indicaron preferir "las pastillas" de malaria sobre la medicina natural por la rapidez con la que alivia los síntomas. Dos de los pacientes explicaron que podían tomar medicina tradicional para calmar los síntomas cuando se les dificultara el acceso al servicio de salud. En cuanto a la efectividad del tratamiento antimalárico, todos respondieron que es efectivo porque: las pastillas "*son más preparados para esa enfermedad*"; "*le tengo más confianza con este tratamiento ya que ha curado muchas personas*". Sólo uno dijo que aunque "curan", "no sabe en el futuro los efectos secundarios que puede producir". La percepción de la efectividad del tratamiento, entendida como la desaparición de los síntomas, ha sido un factor asociado positivamente a la adherencia (Llanos-Zavalaga, 2006).

Sobre la supervisión del tratamiento, los pacientes opinaron que es algo “importante” y “bueno” porque les ayuda a culminar el tratamiento. En cuanto a la opinión sobre el empaque del tratamiento, la mayoría de los entrevistados dijo que era “bueno” y mencionaron que, en su último episodio malárico, se les entregó el tratamiento en un empaque improvisado con hojas de papel separadas por dosis diarias. Sólo dos pacientes expresaron que “podría mejorar” el empaque.

Las sugerencias para mejorar el empaque del tratamiento fueron colocar las pastillas dentro de “contenedores” o “empaques” con mayor protección. Estudios anteriores han comprobado que, en los tratamientos autoadministrados, el uso de antimaláricos pre-empacados mejora la adherencia hasta en un 97% ya que la separación de las dosis diarias ayuda a los pacientes a no confundirse (Yeung y White, 2005). Esta estrategia del personal de separar las dosis parece ser efectiva, sin embargo un empaque no improvisado ayudaría a proteger las pastillas del deterioro.

La cuarta categoría selectiva se refiere a las prácticas del PCM en las comunidades estudiadas. Las entrevistas revelaron que la forma de entregar el tratamiento en el último episodio malárico fue autoadministrado en ocho de los doce pacientes entrevistados. Tres pacientes recibieron tratamiento semi-supervisado y sólo un paciente afirmó que le supervisaron la totalidad del tratamiento. Esto reafirma la dificultad del PCM para cumplir la pauta nacional de supervisión del tratamiento. Aún cuando la muestra de pacientes es pequeña, el número de tratamientos dejados para autoadministración es alto en relación a los tratamientos que son supervisados, lo cual no garantiza la toma correcta de los medicamentos. En países de África se ha descrito cómo la toma inadecuada del tratamiento ha contribuido con la intensificación de la resistencia de los parásitos a las drogas antimaláricas (Kachur *et al.*, 2004).

La quinta categoría selectiva de esta red se refiere al itinerario terapéutico de los pacientes, en el que se evidencia un uso de la terapia biomédica y de la tradicional. Nueve de los doce entrevistados mencionaron que cuando sospechan que tienen malaria van directamente al servicio de salud. Sólo uno explicó que, por falta de visitas frecuentes del

personal de malaria, acude primero al chamán (médico tradicional) de la comunidad y luego busca un medio de transporte para el ambulatorio más cercano. La mitad de los pacientes afirmaron tomar sólo los antimaláricos, mientras que la otra mitad indicó tomar los antimaláricos primero y después tomar medicina tradicional. En otros estudios también se ha encontrado que la utilización de terapias no biomédicas en pacientes indígenas no son necesariamente un impedimento para que los pacientes busquen la medicina occidental (Oberlander & Elverdan, 2000; Chacare & Morales, 2005).

CONCLUSIONES

El enfoque cualitativo utilizado en este trabajo permitió documentar detalladamente, sistematizar y así develar la compleja red de elementos que se entrelazan y subyacen en la determinación y expresión de los factores relacionados tanto con el comportamiento de los sujetos enfermos en dos comunidades indígenas, como del sistema de salud durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y curación de la malaria.

Los factores relacionados con el sistema de salud que determinan una adherencia positiva a los antimaláricos tienen que ver directamente con prácticas como la supervisión del tratamiento, la prescripción en idioma materno y separación de las dosis diarias, así como también con la relativa accesibilidad geográfica con la que cuentan las comunidades del municipio Atures a la red de puntos de diagnóstico y de tratamiento antimalárico. La supervisión del tratamiento antimalárico es identificada como la estrategia central del PCM para asegurar la adherencia y evitar el desarrollo de resistencia a la droga, así como también está implícita la disminución de las recaídas, recrudescencias y complicación del episodio malárico.

Los factores que determinan una adherencia negativa a los antimaláricos están asociados con fallas del personal de salud en relación al diagnóstico, registro y seguimiento de los casos y suministro del tratamiento, la deficiente supervisión del personal del programa y la insuficiencia de recursos y de personal, más que con las prácticas y actitudes de los pacientes. Los problemas de adherencia no parecen estar asociados con las representaciones culturales que tienen de la malaria los pacientes entrevistados. Estos

demonstraron que sus representaciones acerca de la malaria, su origen y transmisión se acercan más al conocimiento biomédico y no a los conocimientos culturales locales. Otros factores relacionados con los pacientes que pueden determinar una adherencia positiva están directamente relacionados con actitudes positivas ante el tratamiento, su efectividad y la supervisión del mismo, así como también conocimientos sobre las consecuencias de abandonar el tratamiento y actitudes positivas ante la calidad de atención del personal de salud.

Tampoco la utilización de medicina tradicional natural para tratar la malaria, que no excluyó la búsqueda del tratamiento antimalárico del PCM, fue un motivo indicado de abandono del tratamiento. Por otra parte, la manifestación de efectos secundarios debidos a los antimaláricos tampoco fue reconocido motivo de abandono del tratamiento por los pacientes entrevistados. Sin embargo, queda abierta la posibilidad de profundizar más sobre los factores relacionados con los pacientes en futuras investigaciones, debido al pequeño número de la muestra.

Es claro el esfuerzo que representa el logro de los objetivos del PCM. La pauta nacional exige que el personal operativo, como visitantes e inspectores y el personal de salud de las comunidades supervisen el tratamiento suministrado a los pacientes. Sin embargo, esto es especialmente difícil cuando las comunidades dentro de la zona de actuación del PCM son de difícil acceso geográfico y cultural y los recursos asignados al programa son limitados, en consecuencia las actividades de suministro y seguimiento del tratamiento se ven limitadas. Los resultados y las conclusiones aquí presentadas pueden contribuir a la comprensión de las fortalezas y debilidades del PCM y su consideración en el diseño de estrategias para mejorar el mismo.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no hubo conflicto de intereses con persona o institución alguna en ninguna de las etapas de ejecución de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A las comunidades de Platanillal, Paria Grande y Cerro de Oro, al Servicio Autónomo

Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales Simón Bolívar (SACAICET), al personal de la Unidad de Estadística y a los visitantes rurales del Servicio de Vigilancia Epidemiológica Sanitario Ambiental del Estado Amazonas, al equipo de auxiliares de laboratorio de la Unidad de Malaria del SACAICET, y a la antropóloga Tania Granadillo y el Dr. Gregorio Sánchez por sus comentarios al texto. Esta investigación fue financiada por el Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Innovación. MPPCTI. Proyecto MC 2007000960.

REFERENCIAS

- Baumann A., Magris M. M., Urbaz M. L., Vivas-Martínez S., Durán R., Nieves T., *et al.* (2012). Naturally Acquired Immune Responses to Malaria Vaccine Candidate Antigens MSP3 and GLURP in Guahibo and Piaroa Indigenous Communities of the Venezuelan Amazon. *Malaria J.* **11**: 46.
- Beer N., Ali A. S., Rotllant G., Abass A. K., Omari R. S., Al-mafazy A. W., *et al.* (2009). Adherence to Artesunate-Amodiaquine Combination Therapy For Uncomplicated Malaria in Children in Zanzibar, Tanzania. *Trop. Med. Int. Health.* **14**: 766-774.
- Bevilacqua M., Medina D. A., Cárdenas L., Rubio-Palis Y., Moreno J., Martínez A., *et al.* (2009). Orientaciones para fortalecer el programa de malaria en zonas remotas con población indígena en el Caura, Venezuela. *Bol. Mal. Salud. Amb.* **49**: 53-71.
- Chacare M. & Morales M. (2005). *Epidemiología de la TBC en Indígenas y su Relación con la Accesibilidad Cultural-geográfica a los Servicios de salud. Amazonas-Venezuela*. Informe final aprobado por la OPS. Puerto Ayacucho, Venezuela.
- Freire G. (2008). Introducción. 11-17 En: *Salud Indígena en Venezuela*. Eds. Freire, G. y Tillet, A. Vol. I. Ediciones de la Dirección de Salud Indígena. Caracas, Venezuela.
- Freire G. & Zent S. (2008). Los Piaroa. En: *Salud Indígena en Venezuela*. Eds. Freire G. & Tillet A. Vol. I. Ediciones de la Dirección de Salud Indígena. Caracas, Venezuela.

- Green, J. & Thorogood N. (2004). *Qualitative Methods for Health Research*. SAGE Publications. London. U.K.
- Hunt L. & Arar N. (2001). An Analytical Framework for Contrasting Patient and Provider Views of the Process of Chronic Disease Management. *Med. Anthropol. Q.* **15**: 347-367.
- Instituto Nacional de Estadística (2011). *Tabuladores Básicos por Entidad Federal. Amazonas. Censo 2011*. Documento en línea: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=95&Itemid=9# (Consultado: 2013, abril 16)
- Instituto Nacional de Estadística (2013). *Primeros Resultados Censo Nacional 2011: Población Indígena de Venezuela*. Documento en línea: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=category&id=95&Itemid=9# (Consultado: 2013, marzo 22)
- Kachur P., et al. (2004). Adherence to Antimalarial Combination Therapy With Sulfadoxine-Pyrimethamine and Artesunate in Rural Tanzania. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* **71**: 715-722.
- Kolaczinski J., et al. (2006). Adherence of Community Caretakers of Children to Pre-packaged Antimalarial Medicines (HOMAPACK) Among Internally Displaced People in Gulu District, Uganda. *Malaria. J.* **5**: 40.
- Llanos-Zavalaga F. (2006). *Factores Asociados a la Adherencia al Tratamiento de Malaria en Piura y Tumbes, Perú. Programa de Pequeños Subsidios en Enfermedades Tropicales*. Informes Finales. 1995 - 2004. Eds. Yadon, Z., Zicker, F. y O. Salomón. OPS. Buenos Aires, Argentina.
- Magris M. (1997). *Susceptibilidad in vitro del Plasmodium falciparum a la Cloroquina, Quinina, Amodiaquina y Mefloquina*. Ocamo, Alto Orinoco, Amazonas. Tesis de maestría. Universidad de Carabobo. Maracay. Venezuela.
- Management Sciences for Health/Amazon Malaria Initiative (2010). *Sistematización de estudios de adherencia al tratamiento antimalárico realizados en los países que comparten la Cuenca del Amazonas durante el periodo 2004-2009*. Presentado a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Programa Strengthening Pharmaceutical Systems (SPS). Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Maynadie M., et al. (1989). Susceptibility of *Plasmodium falciparum* strains to Chloroquine and Mefloquine in the Amazonas Federal Territory of Venezuela. *T. Roy. Soc. Trop. Med. H.* **83**: 586-588.
- Metzger W. (2008). Informe Final de la Asistencia Técnica para la Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Malaria en el Estado Amazonas. Documento no publicado
- Metzger W., et al. (2008) Malaria Diagnosis under field conditions in the Venezuelan Amazon. *T. Roy. Soc. Trop. Med. H.* **102**: 20-24.
- Metzger W., et al. (2011). Assessment of routine malaria diagnosis in the Venezuelan Amazon. *T. Roy. Soc. Trop. Med. H.* **105**: 262-268.
- Metzger W., et al. (2012). High dose artesunate in combination with mefloquine: pharmacovigilance in the Venezuelan Amazon. *T. Roy. Soc. Trop. Med. H.* **106**: 196-198.
- OMS (2001). Estrategia Mundial de la OMS para Contener la Resistencia a los Antimicrobianos. Ginebra, Suiza.
- OMS (2004). *Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la Acción*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. USA.
- OMS (2005). Specifications for Prepackaging Antimalarial Medicines. Report of a WHO Technical Consultation.
- Oberlander L. & Elverdan B. (2000). Malaria in the United Republic of Tanzania: Cultural Considerations and Health Seeking Behaviour. *B. World Health Organ.* **78**: 1352-1357.
- Osorio L., Sevilla E. & Anaconda A. (2004). *Ejercicio Metodológico para la Evaluación de la Adherencia*

- al Tratamiento Estándar con Amodiaquina más Sulfadoxina/Pirimetamina para el Tratamiento de Malaria no Complicada por P. falciparum en el Municipio de Guapi-Cauca.* Informe Final. CIDEIM/Universidad del Valle. Cali, Colombia.
- Perdomo A. (2003). *Grado de Participación de la Etnia Jivi en el Programa de Control de Malaria del Estado Amazonas, Según Diferencias en el Modo de Vida de sus Comunidades. Venezuela 1996-2002.* Tesis de Maestría. Universidad de Carabobo. Maracay. Venezuela.
- Rodríguez I., Carrasquel A. & González M. (2011). Monitoreo *in vitro* de la Susceptibilidad del *Plasmodium falciparum* a Cinco Drogas Antimaláricas. Estado Amazonas, Venezuela. *Bol. Mal. Salud Amb.* **51**: 17-24.
- Rojas de Escalona B. (2007). *Investigación Cualitativa. Fundamentos y Praxis.* FEDUPEL. Caracas, Venezuela.
- Sojo-Milano M., et al. (2008). Conocimientos, Prácticas y Percepciones Sobre Malaria en la Parroquia Yaguaraparo, Estado Sucre, Venezuela, 2004. *Bol. Mal. Salud. Amb.* **48**: 61-71.
- Trinidad A., Carrero V. & Soriano R. (2006). *Teoría fundamentada "Grounded Theory". La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional.* Centro de Investigaciones Sociológicas. Montalbán, Madrid, España.
- Yeung S. & White N. (2005). How do Patients use Antimalarial Drugs? A Review of the Evidence. *Trop. Med. Int. Health.* **10**: 121-128.

Recibido el 20/11/2013
Aceptado el 03/06/2014