

Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA

Factors related to adherence to pharmacological treatment for HIV/AIDS

María Teresa Varela Arévalo¹, Olga Lucía Gómez Gutiérrez²,
Héctor Fabio Mueses Maríán³, Jaime Galindo Quintero³,
Inés Constanza Tello Bolívar³

Resumen

Objetivo: Establecer la prevalencia de adherencia al tratamiento farmacológico y sus factores relacionados en personas diagnosticadas con VIH/sida en una institución de salud de la ciudad de Cali (Colombia).

Método: El estudio fue observacional transversal. La muestra estuvo compuesta por 127 pacientes con VIH/sida, bajo tratamiento antirretroviral, controlados en una institución de salud, seleccionados aleatoriamente. Para la medición de la variable "resultado" (adherencia al tratamiento farmacológico) se utilizó el Cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH/sida. Para la medición de las variables de exposición (factores personales, de la enfermedad y el tratamiento, sociales-interpersonales y del sistema de salud) se utilizó un cuestionario de autorreporte construido para el estudio y un formato de datos de la historia clínica del paciente.

Resultados: La prevalencia de adherencia al tratamiento farmacológico fue de 84 %. El análisis de los factores relacionados con la adherencia muestra que tienen menor oportunidad de estar adheridos al tratamiento farmacológico quienes son menores de 40 años, de estrato socioeconómico bajo, perciben barreras para el tratamiento, toman más de 4 pastillas diarias y las mujeres con pareja o hijos diagnosticados con VIH/sida.

Conclusiones: Los resultados del estudio señalan algunos lineamientos para direccionar las intervenciones que buscan mejorar la adherencia farmacológica con el fin de controlar la infección, promover la calidad de vida de los pacientes, disminuir el impacto social y el costo económico de su manejo y complicaciones.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, VIH, sida, factores asociados, tratamiento antirretroviral.

Fecha de recepción: 8 de septiembre de 2012
Fecha de aceptación: 9 de noviembre de 2012

¹ Grupo de investigación Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).

² Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle. Cali (Colombia).

³ Grupo de investigación Educación y Salud en VIH/SIDA, Corporación de Lucha Contra el Sida.

Correspondencia: María Teresa Varela. Calle 18 n° 118 - 250. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Edificio El Samán, 3^{er} piso, oficina 3-49.mtvarela@javerianacali.edu.co

Abstract

Objective: To establish prevalence of adherence to pharmacological treatment and its related factors in HIV/AIDS diagnosed patients from a health care center in Cali (Colombia).

Method: The study design was observational cross-sectional. The sample was composed of 127 HIV/AIDS diagnosed patients under antiretroviral treatment controlled at a health care center, randomly sampled. The Adherence to Treatment for HIV/AIDS Questionnaire was used in order to assess the output variable (adherence to pharmacological treatment). To measure the exposition variables (personal, illness and treatment, social and health care system factors) a self-report questionnaire and a medical history format were designed.

Results: The prevalence of pharmacological treatment adherence was 84%. The analysis of the adherence related factors show that patients with less opportunity to adhere to pharmacological treatment were those younger than 40 years old, of low socio-economic status, who perceive any barrier for treatment, taking more than 4 antiretroviral tablets daily, and those women with HIV infected partner or child.

Conclusions: The results of the study show an outline to redirect interventions aimed to improved adherence to pharmacological treatment in order to control the infection, promote patients' quality of life, diminish the social impact and the economic cost of its manage and its complications.

Keywords: Treatment adherence, HIV/AIDS, related factors, antiretroviral treatment.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la infección por VIH/sida ha tenido un gran impacto en el panorama mundial de las enfermedades infecciosas, por lo cual se ha constituido en un importante problema de salud pública, dada su alta prevalencia, su morbi-mortalidad asociada y el costo de sus complicaciones.

Las últimas cifras mencionan que en el mundo hay 34 millones de personas con VIH/sida (1); en Latinoamérica se han registrado aproximadamente 1,4 millones de personas viviendo con la infección (1) y en Colombia se registran 171 504 personas infectadas entre 15 y 49 años, y la prevalencia es del 0,7 (2-4).

En el Valle del Cauca (Colombia) se ha establecido una prevalencia por autorreporte de 0,06 %, y se señala además que de las

personas afectadas, recibieron tratamiento para el VIH/sida, entre 2000 y 2005, el 26 % de los pacientes afiliados al régimen contributivo, el 43 % de régimen subsidiado y el 26 % de no afiliados (5).

En múltiples estudios, informes mundiales y guías de atención se ha mencionado que un aspecto fuertemente relacionado con la alta ocurrencia de la morbi-mortalidad y las complicaciones del VIH/sida es el inadecuado control de la infección. Aunque actualmente existe una amplia disponibilidad de fármacos antirretrovirales con eficacia comprobada, se estima que un alto porcentaje de los pacientes diagnosticados bajo tratamiento no logra una disminución de su carga viral y un aumento en sus células CD4 (6-9).

De manera sistemática, los estudios han dado cuenta de la importancia de la adherencia al tratamiento para el logro de los

objetivos terapéuticos propuestos, enfatizando en que la efectividad de los antirretrovirales no depende únicamente de una adecuada decisión terapéutica, sino también de la decisión del paciente de controlar su enfermedad (10-12). En ese sentido, se ubica como una variable mediadora de gran importancia para el éxito terapéutico en el caso de la infección por VIH/sida (13,14).

Respecto a la adherencia al tratamiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6) ha señalado la necesidad de lograr una mejor comprensión de sus determinantes para que puedan desarrollarse intervenciones efectivas que aborden las barreras para el control de la infección. Para tratar de dar respuesta a esta situación se han realizado múltiples estudios en el mundo que buscan identificar los factores personales (6,15 - 29) de la enfermedad y del tratamiento (15,18-20, 23-25, 30-33) sociales-interpersonales (15,17-19, 21, 22, 27, 28, 33, 34) y del sistema de salud (15, 27, 35, 36) asociados a la adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida.

Un estudio de revisión de las investigaciones en el tema (13) señala que los resultados de las investigaciones han sido poco concluyentes, debido en parte a las dificultades para evaluar los comportamientos de adherencia al tratamiento; para evaluar los factores de tipo personal y social de la enfermedad y el tratamiento y del sistema de salud que podrían estar relacionados; y para comparar los resultados de varios estudios debido a la divergencia en las formas de medición utilizadas.

Teniendo en cuenta lo anterior, y especialmente que en Colombia existen pocos estudios al respecto, se realizó este estudio, que pretendió establecer la prevalencia de

adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes diagnosticados con VIH/sida controlados en una institución de salud de la ciudad de Cali, e identificar su relación con factores de tipo personal y social-interpersonal, de la enfermedad y tratamiento y del sistema de salud.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional transversal. La población estuvo conformada por 788 personas diagnosticadas con VIH/sida, atendidas en una institución de salud de la ciudad de Cali, mayores de edad, que estuvieran en tratamiento antirretroviral al menos desde hace 6 meses y que aceptaran voluntariamente participar en el estudio.

El marco muestral estuvo constituido por 563 pacientes. Se calculó un tamaño de muestra de 134 personas, esperando encontrar una adherencia cercana al 25 - 35 % y ajustando por un 15 % de no respuesta.

Se seleccionaron todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión atendidos en la institución durante dos meses.

Instrumentos

Para evaluar la variable "resultado" (adherencia al tratamiento) se utilizó la subescala de Adherencia farmacológica del Cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH/sida (CAT-VIH) 37, compuesta por cinco preguntas con escala de respuesta tipo likert, que indaga aspectos relacionados con el tratamiento antirretroviral, la asistencia a citas médicas y la realización de exámenes de laboratorio.

El cuestionario fue validado en población de mujeres con VIH/sida de la ciudad de

Cali y adaptado para hombres y mujeres en este estudio. La versión modificada fue sometida a evaluación por parte de jueces expertos.

Para la medición de las variables de exposición se utilizó el Cuestionario de factores relacionados con la adherencia al tratamiento para el VIH/sida (CFR-AT VIH), construido para el estudio, y un Formato de datos de la historia clínica.

Las variables de exposición evaluadas fueron: Factores sociodemográficos (edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, nivel educativo, ocupación principal, lugar de residencia, personas con las que vive e ingresos familiares); factores personales (conocimientos sobre el VIH/sida, creencias sobre el tratamiento antirretroviral, autoeficacia, estrategias de afrontamiento, percepción de barreras para el tratamiento, satisfacción con el tratamiento y presencia de síntomas de ansiedad, depresión y estrés); factores de la enfermedad y del tratamiento (efectos molestos del tratamiento, complejidad del régimen terapéutico, comorbilidad con infecciones oportunistas y enfermedades crónicas, carga viral y conteo de CD4); factores sociales-interpersonales (pareja e hijos con VIH/sida, apoyo social percibido y relación médico-paciente); y factores del sistema de salud (afiliación al sistema de salud y acceso a medicamentos y pruebas).

Procedimiento

Los participantes fueron entrevistados en la institución de salud por psicólogos ajenos a esta, previamente entrenados. La recolección de información se realizó siguiendo un protocolo estándar y tuvo una duración de dos meses.

El estudio cumplió con todos los aspectos éticos de acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, según la cual se clasificó como una investigación con riesgo mínimo. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y se garantizó total confidencialidad. La investigación se llevó a cabo una vez se obtuvo la aprobación de los comités de ética de las instituciones involucradas.

Plan de análisis

Los datos fueron analizados con los *software* SPSS (17) y Stata (9). Se realizó un análisis exploratorio de los datos. Se calculó el puntaje de adherencia farmacológica y se dicotomizó, considerando como punto de corte el percentil 90. Posteriormente se calculó la prevalencia de adherencia farmacológica con sus respectivos intervalos de confianza del 95 %. Se estimaron ORs e intervalos de confianza del 95% para establecer relaciones entre las variables de exposición y la variable resultado. Se realizaron regresiones logísticas para los análisis múltiples en cada subgrupo de factores, teniendo en cuenta solo aquellos que estuvieron relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico en el análisis univariado. Se controló por posibles confusores y modificadores del efecto y se realizó diagnóstico de la regresión.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

En el estudio participaron 127 personas con VIH/sida. En la tabla 1 se presentan las características de los participantes, en contraste con las personas elegibles que no participaron. Al respecto se observa que no

existían diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 1. Comparativo de pacientes seleccionados frente a pacientes elegibles que no fueron seleccionados

	Seleccionados (n=127)		No seleccionados		Valor p
			-436		
Edad (Media ± DE)	42.5 ± 9.9		40.6 ± 9.6		0.0529
Tiempo bajo tratamiento (Media ± DE)	4.8 ± 2.9		4.6 ± 3.2		0.6681
Sexo	n	%	n	%	
Hombre	97	76.4	339	77.8	0.722
Mujer	30	23.6	97	22.2	

Fuente: datos tabulados por los autores.

De los participantes, el 76 % eran hombres, con una edad promedio de 42,5 años (DE=9,9). La mayoría pertenecía a los estratos socioeconómicos bajo y medio; con un nivel educativo inferior al bachillerato, empleados o independientes, con ingresos mensuales entre 1 y 2 salarios mínimos mensuales. La mayoría tenía un conteo de CD4 superior a 200 células/mm³ y carga viral menor a 40 copias/ml (ver tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra

		Frecuencia	%
Sexo	Hombre	97	76.4
	Mujer	30	23.6
Edad	Entre 18 y 33	26	20.5
	Entre 34 y 39	28	22.0
	Mayor de 40 años	73	57.5

Continúa...

Estado civil	Soltero	41	58.3
	Casado o unión libre	35	26.5
	Separado o divorciado	11	8.7
	Viudo	7	5.5
Nivel educativo	Primaria incompleta	11	8.7
	Primaria completa	15	11.8
	Bachillerato incompleto	24	18.9
	Bachillerato completo	29	22.8
	Técnico/tecnológico	22	17.3
	Pregrado	20	15.7
	Postgrado	6	4.7
Ocupación	Hogar	11	8.8
	Empleado	42	33.6
	Independiente	44	35.2
	Desempleado	19	15.2
	Jubilado	6	4.8
	Otra	3	2.4
Ingresos mensuales del hogar	Menor a 1 SMMLV*	22	17.6
	Entre 1 y 2	55	44.0
	Entre 2 y 3	24	19.2
	Más de 3	24	19.2
Conteo de linfocitos T CD4	0-100	6	4.7
	101-200	10	7.9
	201-350	31	24.4
	351-500	24	18.9
	>501	56	44.1
Carga viral	<40	90	78.3
	41-400	18	15.7
	401-10000	7	6.0
	>10001	0	0.0

* SMMLV = salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Fuente: datos tabulados por los autores.

Adherencia al tratamiento farmacológico

La prevalencia de adherencia fue del 84.3 % (IC95 % 76.7-90.1). Al analizar cada comportamiento de adherencia, el 98 % de los sujetos afirmó que se toma todos los medicamentos antirretrovirales que le formuló el médico; el 69 % se los toma en los horarios indicados y el resto presenta fallas con los horarios; el 89 % reporta que se los toma siempre en las dosis indicadas; el 95 % afirma que siempre asiste a las citas médicas programadas y el 100 % reporta que siempre se realiza los exámenes médicos.

Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico

En el análisis univariado, los factores que presentaron una relación con la adherencia al tratamiento farmacológico, a un nivel de significancia de 0.25, fueron la edad (OR=3.9; $p=0.01$), el sexo (OR=0.5; $p=0.197$), el estrato socioeconómico (OR=4.7; $p=0.018$), el conocimiento sobre el VIH/sida (OR=0.56; $p=0.247$), la percepción de barreras para el tratamiento (OR=6.56; $p=0.001$), la presencia de indicadores de ansiedad (OR=0.36; $p=0.195$), el estrés (OR=2.04; $p=0.145$), el número de pastillas que toman los pacientes diariamente (OR=3.6; $p=0.062$) y tener pareja o hijos diagnosticados con VIH/sida (OR=2.43; $p=0.083$).

El análisis múltiple de los factores sociodemográficos relacionados a un nivel de significancia menor o igual a 0.15 fueron la edad (OR=3.16; $p=0.043$) y el estrato socioeconómico (OR=4.68; $p=0.023$). En el modelo de los factores personales, los que estuvieron relacionados fueron la percepción de barreras para el tratamiento (OR=8.27; $p=0.002$), la ansiedad (OR=0.17; $p=0.054$) y el estrés (OR=2.47; $p=0.151$). Para los demás subgru-

pos de factores no se realizaron análisis múltiples, considerando que solo una o ninguna de las variables del subgrupo tuvieron relación con la adherencia a un nivel de significancia de 0.25 en el análisis univariado.

En el modelo múltiple con todos los factores se incluyeron la edad, el estrato socioeconómico, la percepción de barreras para el tratamiento, la ansiedad, el estrés, tener un familiar con VIH/sida y el número de pastillas diarias. La evaluación del modelo mostró que no existía colinearidad entre las variables. No obstante, se observó la presencia de confusión en la asociación entre adherencia al tratamiento y tener un familiar con VIH/sida, en presencia de la variable "edad". La comparación del OR crudo (2.4) y el ajustado (1.8) mostró una variación en la magnitud de la asociación del 35 %. La confusión fue controlada en el modelo, dado que este estaba ajustado por la variable "edad". Adicionalmente, se encontró modificación del efecto en la asociación entre la adherencia al tratamiento y tener un familiar con VIH/sida en los estratos de la variable "sexo del paciente". De esta manera, en el grupo de mujeres, quienes tienen algún familiar con VIH/sida tienen 11 veces la oportunidad de no adherir que quienes no tienen algún familiar con VIH/sida. En el grupo de los hombres, quienes tienen algún familiar con VIH/sida tienen 17 % menor oportunidad de no adherir que quienes no tienen algún familiar con VIH/sida, lo que muestra una heterogeneidad ($\chi^2= 3.36$; $p=0.0667$). A partir de estos resultados se decidió incluir en el modelo final un término de interacción entre las variables "tener familiar con VIH/sida" y "sexo". El modelo final de factores relacionados con la adherencia al tratamiento se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Modelo múltiple de factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico

Variable		OR	IC 95%	valor p
Edad	≥40 años	1	0.86 – 14.10	0.080
	<40 años	3.48		
Estrato	Medio y alto	1	0.95 – 27.24	0.057
	Bajo	5.1		
Percepción de barreras	Ninguna	1	2.04 – 30.59	0.003
	Alguna	7.9		
N° pastillas diarias	2 a 4	1	0.92 – 40.83	0.061
	5 a 8	6.1		
Interacción Tener familiar con VIH * Sexo	Mujer con familiar	1	0.00 – 0.73	0.028
	Mujer sin familiar	0.05		
	Hombre sin familiar	0.1	0.01 – 0.73	0.023
	Hombre con familiar	0.07	0.00 – 0.73	0.022

Fuente: datos tabulados por los autores.

Los resultados muestran que los pacientes menores de 40 años tienen 3,5 veces la oportunidad de no adherir a la terapia farmacológica que los que tienen 40 años o más. Los pacientes de estratos socioeconómicos bajos tienen 5 veces la oportunidad de ser no adherentes a la terapia farmacológica que los de estratos medios o altos. Quienes perciben barreras para el tratamiento tienen 8 veces la oportunidad de ser no adherentes al tratamiento que quienes no perciben ninguna barrera. Igualmente, los pacientes que toman 5 o más pastillas diarias tienen 6 veces la oportunidad de ser no adherentes al tratamiento que quienes toman entre 2 y 4 diariamente. Los hombres que tienen algún familiar con VIH/sida tienen 93 % menor

oportunidad de no adherir que las mujeres con algún familiar diagnosticado; los hombres sin familiar con VIH/sida tienen 90 % menor oportunidad de no adherir que las mujeres con algún familiar diagnosticado; y las mujeres que no tienen familiares con VIH/sida tienen 95 % menor oportunidad de no adherir que aquellas con algún familiar diagnosticado.

La evaluación del modelo final mostró que este tiene un buen ajuste a los datos (Hosmer-Lemeshow $\chi^2=4.37$; $p=0.737$).

DISCUSIÓN

La prevalencia de adherencia farmacológica en los pacientes con VIH/sida atendidos en una institución de salud de la ciudad de Cali fue del 84 %, siendo más alta que la estimada por la OMS (6), que ha señalado que solo un tercio de quienes tienen acceso a la terapia antirretroviral toman su medicación adecuadamente y ha estimado porcentajes de abandono del tratamiento del 20 al 60 %.

La mayoría de estudios similares muestran porcentajes inferiores de adherencia farmacológica que los reportados en este estudio (15, 17, 30, 32, 35, 38).

En Colombia es poco lo que se conoce sobre la adherencia en personas diagnosticadas con VIH/sida. Sin embargo, la investigación de Arrivillaga y cols. (39) con mujeres con VIH/sida de cinco ciudades indica que la adherencia fue del 57 %.

Algunos estudios que muestran proporciones similares de adherencia a las de este estudio son los de Chesney y cols. (23) y Spire y cols. (21), quienes encontraron prevalencias del 89 y 73%.

La alta prevalencia de adherencia farmacológica encontrada en este estudio podría deberse al impacto positivo de las intervenciones que realiza la institución para promover el control de la infección en los pacientes y mejorar su calidad de vida, teniendo en cuenta que esta orienta sus acciones desde un modelo de atención integral para el VIH/sida, que incluye la consulta especializada, el abordaje interdisciplinario, servicios farmacéuticos, grupos de apoyo y laboratorio clínico. Lo anterior podría favorecer el acceso de los pacientes al tratamiento y facilitar el seguimiento de sus comportamientos de adherencia.

Si bien podría pensarse que el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico en este estudio no es completamente comparable con el de las demás investigaciones, considerando que incluyó aspectos que los demás estudios no evaluaron (como la asistencia a las citas médicas y la realización de exámenes de control), el punto de corte para clasificar a los pacientes como adherentes o no adherentes fue lo suficientemente exigente (percentil 90), de tal manera que para que un paciente fuera considerado como adherente debía cumplir con todos los aspectos del tratamiento farmacológico.

Con respecto a los factores que podrían estar relacionados con la adherencia, se encontró que quienes tienen menor oportunidad de adherir al tratamiento farmacológico son los pacientes menores de 40 años, de estrato socioeconómico bajo, que perciben barreras para el tratamiento, que toman más de 4 pastillas diarias y las mujeres con pareja o hijos con VIH/sida.

La adherencia en los mayores de 40 años podría ser mejor debido a que los hábitos

de autocuidado, en general, tienden a aumentar con la edad. Usualmente los jóvenes piensan que a su edad la probabilidad de enfermar es baja, mientras que al entrar a la adultez aumenta la percepción de riesgo con relación a su salud, y por tanto aumentan las medidas de prevención, entre ellas la adherencia al tratamiento (17,18, 21).

Asimismo, se encontró que los pacientes de estrato socioeconómico bajo tuvieron mayor oportunidad de no adherir al tratamiento farmacológico que los de estrato alto, lo cual respalda los resultados de los estudios previos. Este dato es bastante similar al encontrado en el estudio con mujeres colombianas con VIH/sida, en el que la oportunidad de adherirse al tratamiento fue menor en las de posición social baja (39). Si bien todos los pacientes de la institución evaluada en este estudio pertenecían al régimen contributivo o subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y debido a esto tenían acceso a los medicamentos antirretrovirales, es posible que sus difíciles condiciones económicas puedan obstaculizar el transporte hasta la institución para reclamarlos, para asistir a las citas médicas o para realizarse los exámenes de control.

En cuanto a los factores personales evaluados, solo se encontró relación entre la percepción de barreras para el tratamiento y la adherencia farmacológica. Al respecto, quienes percibían barreras para el tratamiento (dificultad para comprender las instrucciones médicas, no tener quien le recuerde la toma de medicamentos, temor a que otros se den cuenta de su diagnóstico, dificultades económicas, distancia larga entre el hogar y la institución que lo atiende) tuvieron mayor oportunidad de no adherir al tratamiento que quienes no percibieron

ninguna barrera. La percepción de barreras podría reflejar obstáculos que no necesariamente están presentes, pero que son considerados como reales por el paciente, lo cual dificulta la decisión de asumir un comportamiento adherente y de mantenerlo en el tiempo.

Si se tiene en cuenta que el tratamiento para el VIH/sida es permanente y que el paciente deberá seguirlo toda la vida, resulta importante que un paciente logre superar estas barreras percibidas en pro de beneficiar su salud (15, 26).

Por otro lado, en cuanto a los factores de la enfermedad y el tratamiento, la oportunidad de no adherir al tratamiento farmacológico es mayor en quienes toman cinco o más pastillas diarias, lo cual coincide con varios estudios que han señalado la alta complejidad del régimen terapéutico como un importante obstáculo para la adherencia al tratamiento (15, 20, 21, 24, 34).

Es posible que el número de pastillas que un paciente debe ingerir afecte su rutina diaria y su estilo de vida, lo cual podría amenazar el mantenimiento del comportamiento de toma de medicamentos. En esta medida, los medicamentos antirretrovirales que implican menores dosis o tomas diarias parecerían ser una buena alternativa para favorecer la adherencia al tratamiento.

Con respecto a los factores sociales-interpersonales, la adherencia al tratamiento farmacológico se relacionó con tener algún familiar diagnosticado con VIH/sida (pareja o hijos) en las mujeres.

Este resultado es similar al encontrado por Arrivillaga y cols. (39) y puede explicarse

por el rol de cuidadoras que asumen las mujeres, a partir del cual desplazan su atención y cuidados a sus hijos, procurando la adherencia al tratamiento de estos, mientras dejan de lado su propio cuidado. Adicionalmente, estas mujeres enfrentan diversos eventos estresantes, debido a que están sobrecargadas con la responsabilidad del cuidado de sus familias en términos económicos, de aseo del hogar, de crianza de los hijos, entre otros. Así, las mujeres que afrontan el doble reto de ser pacientes y además cuidadoras del hogar y de sus hijos infectados deben manejar diversas dificultades que afectan la adherencia al tratamiento (40-42).

Por último, ninguno de los factores del sistema de salud evaluados estuvo relacionado con la adherencia farmacológica. Esto podría deberse a que todos los pacientes de la muestra eran atendidos en una misma institución que brinda atención integral de alta calidad a todos sus usuarios, independientemente de su régimen de afiliación al sistema. En esta misma medida, los pacientes generalmente no tienen dificultades para obtener sus medicamentos y realizarse los exámenes médicos de control. Por tanto, la relación de los factores del sistema de salud con la adherencia al tratamiento debería ser abordada en futuros estudios que incluyan todos los posibles regímenes de afiliación y diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud.

Dado que existen pocos estudios similares que aborden la adherencia al tratamiento para el VIH/sida, los resultados de este estudio podrían constituir un referente importante para la comprensión de este fenómeno, y podrían servir de base para explorarlo en otras instituciones de salud que atienden pacientes con VIH/sida.

No obstante, se reconocen como limitaciones de este estudio su diseño transversal, que no permite ver asociaciones causales entre los factores evaluados y la adherencia al tratamiento; asimismo, al ser el instrumento un cuestionario de autoinforme, es necesario considerar que puede ser susceptible al sesgo de reporte, de manera que los pacientes podrían haber sobreestimado sus comportamientos de adherencia.

Dado que solo se evaluó una institución de salud y que no se incluyeron en el estudio pacientes vinculados y no afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se limita la posibilidad de generalización de los resultados. Respecto a esto se recomienda realizar nuevos estudios que amplíen la muestra.

Con el fin de mejorar el alcance de este estudio sería pertinente realizar un abordaje de la adherencia a partir del enfoque de determinantes sociales en salud, que permita evaluar factores de naturaleza social y contextual, que bien podrían tener una mayor influencia que factores individuales e interpersonales. Metodológicamente, se recomienda realizar estudios con diseños longitudinales que permitan evaluar causalidad. Asimismo, tener en cuenta variables como el tiempo bajo tratamiento antirretroviral.

Los resultados de esta investigación señalan algunos lineamientos para las intervenciones que mejoren la adherencia al tratamiento de los pacientes con VIH/sida.

Si bien las estrategias utilizadas y el tipo de atención brindada por la institución a los pacientes parecen estar teniendo el efecto esperado en cuanto al tratamiento farmacológico, para prevenir los bajos niveles de adherencia se recomienda que las intervenciones se fo-

calicen en los grupos más vulnerables, entre ellos las mujeres que tienen pareja y/o hijos diagnosticados con VIH, los pacientes menores de 40 años, de estrato socioeconómico bajo, los que presentan comorbilidades con otras enfermedades infecciosas y aquellos que toman más de 4 pastillas diarias como parte del tratamiento antirretroviral.

Dichas intervenciones podrían trabajar sobre la percepción de barreras para el tratamiento y los conocimientos sobre el VIH y el tratamiento. En términos de la percepción de barreras, se recomienda enseñar al paciente estrategias para organizar y manejar sus horarios y rutinas para la toma de medicamentos, favorecer el desarrollo de habilidades para planear y resolver problemas con la toma de sus medicamentos, así como para buscar apoyo social, motivarlo a consultar a su médico las dudas que tenga al respecto, entre otras. El énfasis estaría en aprender a manejar aquellas barreras que se le presenten.

En cuanto a mejorar los conocimientos sobre la enfermedad y los tratamientos, se recomiendan intervenciones educativas que superen el enfoque de transmisión de información, y se centren en promover la comprensión real y el aprendizaje del paciente sobre lo que implica la enfermedad, el porqué y para qué de los tratamientos, y el valor de sus hábitos de salud para contribuir a la obtención de los resultados terapéuticos deseados.

Asimismo, las intervenciones deben apuntar al mejoramiento o mantenimiento de una adecuada relación entre los profesionales de la salud y los pacientes; aspecto que facilitará que el paciente consulte las dudas sobre los medicamentos o pida ayuda cuando su adherencia esté siendo afectada por

algún factor. Dichas intervenciones deben ser evaluadas, con el fin de establecer su efectividad.

Agradecimientos

Los investigadores agradecen especialmente a las personas que participaron en el estudio, a los asistentes de investigación que colaboraron en la recolección de la información (Carolina Duarte Alarcón, Paula Andrea Hoyos Hernández, Felipe Arenas Ortiz) y al personal de la institución donde se llevó a cabo el estudio que facilitó el contacto con los participantes.

Financiación: Este estudio fue financiado por la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales), la Corporación de Lucha contra el Sida y la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle.

Conflicto de interés: Ninguno.

Financiación: Pontificia Universidad Javeriana.

REFERENCIAS

- (1) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organization. Global Report. *Unaids Report on the Global Aids Epidemic*, 2012. Disponible en: <http://www.kff.org/hivaids/upload/3030-17.pdf>.
- (2) Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA. *Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida. Colombia, 2008 - 2011*. Disponible en: http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/plan_vih sida 2008.pdf.
- (3) Ministerio de la Protección Social de Colombia. *Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia, 1983 a 2009*. Disponible en: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo19386DocumentNo12129.PDF>.
- (4) Secretaría de Salud Pública del Valle del Cauca. Sin título. Disponible en: <http://www.valledelcauca.gov.co/publicaciones.php?id=3649>. 2006.
- (5) Tovar LM, Arrivillaga M. VIH/SIDA y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle del Cauca-Colombia. *Rev Geren y Pol Sal* 2011; 10 (21): 112 - 123.
- (6) Organización Mundial de la Salud [OMS]. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>. 2004.
- (7) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA - ONUSIDA, Organización Mundial de la Salud [OMS]. *Situación de la epidemia de SIDA*. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_eupdate_es.pdf. 2007
- (8) Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. *Informe anual del ONUSIDA. Conoce tu epidemia*. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1535_annual_report07_es.pdf. 2008.
- (9) Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA. *Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida. Colombia, 2008-2011*. Disponible en: http://www.onusida.org.co/Plan_Nacional_2008_2011.pdf. 2008.
- (10) Caicedo HA. Adherencia en VIH/sida. Aspectos conceptuales, investigación y práctica. Conferencia I *Jornada de Enfermería y VIH/sida*. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/pdf/conferencia_enfermeria/adherencia_vih_sida.pdf.
- (11) Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 647 - 52.
- (12) Secretaría de Salud de México (2005-2006). *Guía de manejo antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA*. 2ª ed.
- (13) Varela MT, Salazar IC, Correa D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/

- sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Rev Act Col Psic* 2008; 11(2): 101 - 113.
- (14) Varela MT, Salazar IC, Correa D, Duarte C, Tamayo JA, Salazar AE. La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/SIDA: validación de un cuestionario. *Rev Col Med* 2009; 40(4): 386-397.
- (15) Catz SL, Kelly JA, Bogart LM, Benotsch EG, McAuliffe TL. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *J Health Psychol* 2000; 19(2): 124 - 33.
- (16) Ickovics JR, Meade CS. Adherence to HAART among patients with HIV: breakthroughs and barriers. *AIDS Care* 2002; 14(3): 309 - 18.
- (17) Gordillo V, Del Amo J, Soriano V, Gonzalez J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999; 13 (13): 1763 - 69.
- (18) Murphy DA, Marelich WD, Hoffman D, Steers WN. Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS Care* 2004; 16(4): 471 - 84.
- (19) Godin G, Coˆté J, Naccache H, Lambert LD, Trottier S. Prediction of adherence to antiretroviral therapy: a one-year longitudinal study. *AIDS Care* 2005; 17(4): 493 - 504.
- (20) Mocroft A, Youle M, Moore A, Sabin CA, Madge S, Cozzi Lepri A, Tyrer M, Chaloner C, Wilson D, Loveday C, Johnson MA, Phillips AN. Reasons for modification and discontinuation of antiretrovirals: results from a single treatment centre. *AIDS* 2001; 15: 185 - 94.
- (21) Spire B, Duran S, Souville M, Leport C, Raffi F, Moatti JP. The APROCO Cohort Study Group. Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1481 - 96.
- (22) Carballo E, Cadarso-Suarez C, Carrera I, Fraga J, De la Fuente J, Ocampo A, Ojea R, Prieto A. Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Qual Life Res* 2004; 13: 587-99.
- (23) Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, Gifford AL, Neidig J, Zwickl B, Wu AW. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence instruments. *AIDS Care*, 2000; 12(3): 255 - 66.
- (24) Sternhell PS, Corr MJ. Psychiatric morbidity and adherence to antiretroviral medication in patients with HIV/AIDS. *Aust N Z J Psychiatry* 2002; 36: 528 - 33.
- (25) Ammassari A, Antinori A, Aloisi MS, Trotta MP, Murri R, Bartoli L, Monforte AD, Wu A W, Starace F. Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics* 2004; 45 (5): 394 - 402.
- (26) Kalichman SC, Rompa D, DiFonzo K, Simpson D, Austin J, Luke W, Kyomugisha F, Buckles F. HIV treatment adherence in women living with HIV/AIDS: research based on the information-motivation-behavioral skills model of health behaviour. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2001; 12(4): 58 - 67.
- (27) Kumarasamy N, Safren SA, Raminani SR, Pickard R, James R, Krishnan S, Solomon S, Mayer K. Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among patients with HIV in Chennai, India: a qualitative study. *AIDS patient care* 2005; 19(8): 526 - 37.
- (28) Luszczynska A, Sarkar Y, Knoll N. Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Educ Couns* 2007; 66: 37 - 42.
- (29) Tucker JS, Orlando M, Burnam A, Sherbourne CD, Kung FY, Gifford AL. Psychosocial mediators of antiretroviral nonadherence in HIV-positive adults with substance use and mental health problems. *J Health Psychol* 2004; 23 (4): 363 - 70.

- (30) Remor E. Valoración de la adhesión de al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema* 2002; 4(2): 262 - 67.
- (31) Molassiotis A, Lopez-Nahas V, Chung WY, Lam SW. A pilot study of the effects of a behavioural intervention on treatment adherence in HIV-infected patients. *AIDS Care*. 2003; 15(1): 125-35.
- (32) Glass TR, De Geest S, Weber R, Vernazza PL, Rickenbach M, Furrer H, Bernasconi E, Cavassini M, Hirschel B, Battegay M, Bucher HC. Swiss HIV Cohort Study. Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients: the Swiss HIV cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 41(3): 385 - 92.
- (33) Berg MB, Safren SA, Mimiaga MJ, Grasso C, Boswell S, Mayer KH. Nonadherence to medical appointments is associated with increased plasma HIV RNA and decreased CD4 cell counts in a community-based HIV primary care clinic. *AIDS Care* 2005; 17(7): 902 - 7.
- (34) Abel E, Painter L. Factors that influence adherence to HIV medications: perceptions of women and health care providers. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2004; 14(4): 61 - 9.
- (35) Murphy DA, Sarr M, Durako SJ, Moscicki AB, Wilson CM, Muenz LR. Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virus-infected adolescents. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine* 2003; 157: 249 - 55.
- (36) Ingaramo R, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D, Lindstrom O, Garcia A, Manssur R, Marigliano E, Hauad S, Donato A, Santana M. Hipertensión arterial. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Revista de la Federación Argentina de Cardiología* 2005; 34(1): 104 - 11.
- (37) Varela MT, Salazar IC, Correa D, Duarte C, Tamayo JA, Salazar AE. La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/SIDA: validación de un cuestionario. *Rev Col Med* 2009; 40(4): 386 - 397.
- (38) Hosek SG, Harper GW, Domanico R. Predictors of medication adherence among HIV-infected youth. *Health Med* 2005; 10(2): 166 - 79.
- (39) Arrivillaga M, Ross M, Useche B, Alzate ML, Correa D. Social position, gender role and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. *Pan Am J Public Health* 2009; 26(6): 502 - 510.
- (40) Gurung R, Taylor S, Kenemy M, Myers H. HIV is not my biggest problem: the impact of HIV and chronic burden on depression in women at risk for AIDS. *J Soc Clin Psychol* 2004; 23(4): 490 - 511.
- (41) Hudson AL, Lee KA, Portillo CJ. Symptom experience and functional status among HIV-infected women. *AIDS Care* 2003; 15(4):483 - 492.
- (42) Hackl KL, Somlai Am, Kelly JA, Kalichman SC. Women living with HIV /AIDS: the dual challenge of being a patient and caregiver. *Health Soc Work* 1997; 22(1): 53 - 62.