

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Variables Psicosociales Asociadas a Adherencia a Terapia Antirretroviral de Gran Actividad: Una Revisión Sistemática.”

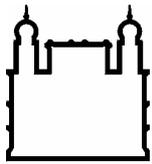
por

Marcelo Daniel Córdoba

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências, na área de Epidemiologia em Saúde Pública.

Orientador principal: Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos
Segunda orientadora: Prof.ª Dr.ª Mônica Siqueira Malta

Rio de Janeiro, maio de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Variables Psicosociales Asociadas a Adherencia a Terapia Antirretroviral de Gran Actividad: Una Revisión Sistemática.”

apresentada por

Marcelo Daniel Córdoba

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Armando de Oliveira Schubach

Prof.^a Dr.^a Marília Sá Carvalho

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos – Orientador principal

Dissertação defendida e aprovada em 04 de maio de 2011.

Resumen:

Los niveles de adherencia alcanzados por las personas que realizan Tratamientos Antirretrovirales de Alta Carga para infección por VIH, tienen un impacto directo tanto sobre la evolución clínica del propio paciente, como así también sobre el curso de la enfermedad a niveles comunitarios. La causalidad múltiple que determina a las conductas adherentes, comprende numerosos factores que incluyen una extensa gama de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y económicos. **Objetivos:** Llevar a cabo una revisión sistemática de estudios que evaluaron adherencia a la terapia TARGA e identificar los factores psicosociales asociados con la falta de adherencia al tratamiento del VIH. **Fuentes de datos:** fueron consultadas publicaciones de seis bases de datos electrónicas, en idioma español, portugués e inglés, desde 1996 a 2009. **Selección de estudios y extracción de datos:** Se excluyeron estudios que presentan sólo datos cualitativos, eran revisiones sistemáticas o incluyeron población infantil. Los resultados sobre datos demográficos, tipo de diseño, métodos de evaluación de adherencia, factores intervinientes y niveles de adherencia alcanzados, fueron extraídos y resumidos. **Síntesis de Datos:** Fueron considerados veinticinco artículos, los cuales incluyeron un total de 14.089 personas. El método de más utilizado para evaluar la adherencia a TARGA fue el autorreporte. Diecinueve estudios evaluaron adherencia usando cuestionarios autoadministrados, cinco el método electrónico MEMS caps. (Micro Electronic Monitoring Systems, Aardex. L), uno combinó el sistema MEMS con el sistema de conteo de pastillas y uno utilizó el sistema de conteo de pastillas únicamente. **Conclusión:** se identificaron como barreras u obstáculos para la obtención de niveles óptimos de adherencia: dolencias o trastornos físicos o emocionales (depresión, estrés), dificultades en el acceso a los servicios de salud y/o a los tratamientos, ser usuario de drogas o abuso de alcohol, condiciones sociales desfavorables, creencias negativas acerca de la enfermedad y efectos no deseados secundarios a los tratamientos.

Palabras Clave: VIH, SIDA, Psicosocial, Revisión sistemática, Desistencia al Tratamiento

Summary:

Adherence levels of patients undergoing High Active Antiretroviral Treatment have a direct impact not only on the patient's clinical evolution, but also on the course of disease on a community level. Multiple causal factors that determine adherent conducts include a large array of biological, psychological, social and economic aspects.

Objectives: to carry out a full systematic review of evaluation studies on HAART therapy adherence and to identify the psychosocial factors associated to adherence failure to this therapy. **Data Sources:** Documents from six different electronic databases were consulted, in Spanish, Portuguese and English, dating from 1996 to 2009. **Study selection and data extraction:** Studies presenting only qualitative data were excluded, presenting only systematic revision or including child population. Results on demographic data, design type, adherence evaluation methods, intervening factors and attained adherence levels were extracted and summarized. **Data synthesis:** twenty five articles, that included a total of 14.089 cases, were considered. The predominant method for evaluating adherence to ARVT was auto - report. Nineteen studies evaluated adherence using auto administered questionnaires, five using electronic method MEMS caps (Micro Electronic Monitoring Systems, Aardex. L), one combined MEMS with pill count and another used pill count only. **Conclusions:** Obstacles identified for optimal adherence levels include: ailments or physical and emotional disorders (stress, depression), difficulties for accessing health services and/ or treatments, regular drug or alcohol abuse conducts, living in adverse social conditions, negative beliefs towards illness and non – desired side effects of treatments.

KEYWORDS: HIV, AIDS, Adherence, Psychosocial factors, Revision.

Glosario.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.2. El Problema de la Adherencia.....	10
1.3. Factores que Intervienen en los Niveles de Adherencia.....	10
1.4. VIH/ SIDA y Adherencia.....	13
1.5. Formas de Adherencia y de No Adherencia.....	14
1.6. Predictores de Adherencia.....	15
1.7. Fundamentación de la Tesis.....	17
1.8. Sobre la Revisión Sistemática.....	17
2. OBJETIVO GENERAL.....	18
3. MÉTODO.....	19
3.1. Etapas iniciales.....	19
3.2. Búsqueda bibliográfica.....	19
3.3. Criterios de Inclusión y de Exclusión.....	20
3.4. Selección de los Estudios.....	20
3.5. Extracción de los Datos.....	20
3.6. Bases de Búsqueda Electrónica.....	21
3.7. Listado de términos originados a través de MeSH.....	21
4. RESULTADOS.....	23
4.1. Características de los Estudios.....	23
4.2. Características de la Población.....	23
4.3. Métodos de medida y Criterios de Corte para Adherencia.....	23
4.4. Variables Independientes.....	24
4.4.1. Síntomas Clínicos y Trastornos Emocionales.....	25
4.4.2. Procesamientos Cognitivos. Aspectos conductuales.....	25
4.4.3. Factores Sociales.....	27
4.4.4. Aspectos Secundarios al Tratamiento.....	27
4.4.5. Creencias Acerca de la Enfermedad. Estigma.....	28
4.4.6. Medicina Complementaria.....	28
4.4.7. Uso de Anfetaminas.....	28
4.4.8. Intervención de Grupos de Apoyo Específico.....	28
4.5. Tipos de Diseño.....	29
5. DISCUSIÓN.....	33
6. BIBLIOGRAFÍA.....	39
7. ANEXOS	
Anexo I. Plantilla de Factores asociados a la adherencia a TARGA	45
Anexo II. Cuestionario de Adherencia.....	46

8. TABLAS

Tabla 1. Porcentaje de Adherencia según Métodos de Evaluación y Tipos de Diseño. 1996-2009.....	29
Tabla 2. Porcentajes de adherencia según Diseño y Grupos de Variables Independientes. 1996-2009.....	29
Tabla 3. Características Demográficas de los Estudios Seleccionados, 1996-2009.....	48
Tabla 4. Niveles de Adherencia de los Estudios Seleccionados. 1996-2009.....	51

GLOSARIO

ART	<i>Antiretroviral Treatment</i> . (Tratamiento Antiretroviral)
ARV	Medicaciones Antiretrovirales
CAM	<i>Complementary Alternative Medicine</i> . (Medicina Complementaria Alternativa)
CD₄	<i>Cluster of Differentiation 4</i> . (Cúmulo de Diferenciación 4)
CI	<i>Confidence Interval</i> . (Intervalo de Confianza)
CONSORT	<i>Consolidated Standards of Reporting Trial</i> .(Consolidado Normas de Ensayos de Comunicación)
FDCs	<i>Fixed Doses Combination</i> .(Dosis de Combinación Fija)
HAART	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i> . (Terapia Antirretroviral de Alta Potencia)
HSH	Hombres que tienen Sexo con Hombres
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i> . (indexadores de literatura biomédica)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	<i>Odds Ratio</i> . (Razón de Chance)
PVL	<i>Plasma Viral Load</i> . (Carga Viral Plasmática)
PLWHA	<i>People Living with HIV/AIDS</i> (Personas viviendo con VIH/SIDA)
PVVS	Personas Viviendo con el Virus de Sida
RCT	<i>Randomized Controlled Trial</i> . Estudio de Casos y controles)
RS	Revisión Sistemática
SD	<i>Standard Deviation</i> (Desviación Standard)
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
STROBE	<i>Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology</i> . (Fortalecimiento de la Presentación de Informes de los Estudios Observacionales en Epidemiología)
TARGA	Terapia Antirretroviral de Gran Actividad
TB	Tuberculosis
TREND	<i>Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs</i> . (Reporte Transparente de Evaluaciones con Diseños No Aleatorizados)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VL	<i>Viral Loading</i> (Carga Viral)
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organización Mundial de la Salud)

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**VARIABLES PSICOSOCIALES ASOCIADAS
A ADHERENCIA A TARGA:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

1. INTRODUCCIÓN:

Desde el siglo pasado los continuos avances de la medicina, la técnica y la salud pública han contribuido a la disminución de la incidencia de enfermedades agudas. A la vez se ha aumentado la esperanza de vida, modificando el panorama de salud global actual. Pero conjuntamente con estos logros y como consecuencia de ellos, se observa un aumento progresivo de los problemas crónicos de salud. Al haber aumentado su longevidad, las personas están expuestas durante más tiempo a aquellos factores de riesgo que favorecen el desarrollo de enfermedades crónicas, a tal punto que las enfermedades crónicas constituyen actualmente más de la mitad de la carga mundial de morbilidad y representan en la actualidad la causa principal de mortalidad en el mundo, alcanzando el 60 % de todas las muertes¹.

La organización Mundial de la Salud ha adoptado la definición siguiente de enfermedades crónicas: " Las enfermedades que tienen una o varias de las características siguientes: ellas son permanentes, dejan inhabilidad residual, son causadas por la alteración patológica no reversible, requieren la educación especial del paciente para la rehabilitación, o pueden esperar requerir un período largo de supervisión, observación o cuidado "². Es decir son aquellos problemas de salud que requieren un tratamiento continuado durante un periodo de años o decenios, tales como: diabetes, cardiopatías, asma, neumopatía obstructiva crónica (NOC), cáncer, VIH/SIDA, depresión y discapacidades físicas³.

El virus de inmunodeficiencia humano (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA) y la tuberculosis, son enfermedades infecciosas en el origen pero en merced de los tratamientos específicos, se cronifican y necesitan la misma clase de cuidado que tantas otras enfermedades crónicas no contagiosas como la hipertensión, la diabetes y la depresión³.

De las 35 millones de personas que murieron por una enfermedad crónica en 2005, la mitad tenía menos 70 años¹⁶. Las enfermedades no contagiosas, los desórdenes mentales, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida / HIV y la tuberculosis, representaban conjuntamente el 54 % de la carga de todas las enfermedades en 2001 y se espera que excederán el 65 % en 2020⁴.

El conjunto de estas enfermedades constituye un tipo de epidemia de contornos extensos e imprecisos, que acentúa las dificultades económicas que ya de por sí deben afrontar las sociedades más empobrecidas. Si bien todavía sigue asociándose a las enfermedades agudas con los países del tercer mundo, y a las enfermedades crónicas con las condiciones de

vida de los países desarrollados, las estadísticas indican que el 80 % de las muertes debidas a alguna enfermedad crónica ocurre en países de ingresos bajos y medios¹⁹.

El predominio global de las principales enfermedades crónicas se encuentra en aumento, la mayor parte de este fenómeno ocurre en países en vía de desarrollo y se considera que continuará aumentando considerablemente durante las próximas dos décadas¹⁹. Esto no significa que las enfermedades crónicas hayan desplazado a las patologías agudas en estos países, sino que ellos están experimentando una carga polarizada y prolongada de enfermedad, poniendo en situación cada vez más comprometida a los servicios de salud que suelen encontrar colapsados ante una demanda compleja y apremiante.

La pobreza conduce a índices más elevados de comorbilidad y a un acceso disminuido a la asistencia médica afectando a una proporción mucho más alta de las personas durante los años que cuentan con capacidad de trabajo que en los países desarrollados. Las muertes masculinas, ya sea como consecuencias de enfermedades propias de la edad madura o en los más jóvenes a causa de la creciente ola de violencia registrada principalmente en los países en vías de desarrollo²⁰, podrían crear una cohorte significativa de viudas, que aumenta la probabilidad que las mujeres vivirán sus años finales en la pobreza¹. Las enfermedades crónicas en países en vías de desarrollo no afectan únicamente a los ancianos. Los trastornos cardiovasculares por ejemplo, explican tantas muertes en adultos jóvenes como el SIDA⁴. Contrariamente a la creencia popular, las enfermedades no contagiosas y los problemas de salud mental son también frecuentes en países en vía de desarrollo, representando el 46 % de la carga total de enfermedad para el año 2001, y se espera que alcance al 56 % hacia 2020¹⁰.

Por razones que exceden el ámbito de salud, sino también ateniendo aspectos sociales y económicos es que el modelo de abordaje que exigen las enfermedades crónicas es mucho más complejo que el requerido para los problemas agudos⁹.

Esos mismos logros científico-técnicos que han impactado favorablemente en la calidad de vida de las personas, sumando años en la expectativa de vida, también han derivado en que los individuos, sobre todo en las sociedades más empobrecidas, se encuentren expuestos a nuevos y variados factores de riesgo. La cronificación de ciertas patologías como es el caso del HIV/SIDA, implica nuevos desafíos para el equipo y los sistemas de salud.

El carácter crónico de una enfermedad implica que aún no existe un tratamiento curativo, es decir que no se ha encontrado todavía alguna acción dirigida que erradique definitivamente la o las causas que subvierten el equilibrio biopsicosocial del organismo, para devolverlo al terreno de la salud.

En consecuencia comienza a cobrar mayor relevancia el conjunto de aspectos relacionados con el sostenimiento de los tratamientos indicados para la atención de los trastornos crónicos.

1.2. El problema de la adherencia.

El Proyecto de Adherencia referido a las principales enfermedades crónicas, promovido por la OMS en el año 2003, adoptó una definición de adherencia a la terapia a largo plazo combinando las definiciones de Haynes⁷ y de Rand⁸: el grado en el cual el comportamiento de una persona, con respecto a la toma de la medicación, la inclusión de nuevos hábitos de una dieta, y/o la asunción de cambios de modo de vivir, se corresponde con recomendaciones indicadas por un proveedor de asistencia médica.

Este concepto ha sido definido en términos cuantificables en razón de que los mayores niveles de adherencia se relacionan con resultados favorables para la salud¹.

Las tasas de adherencia a la terapia a largo plazo para enfermedades crónicas en países desarrollados alcanzan solamente al 50 %. En países en vía de desarrollo, las tasas son aún inferiores¹⁰.

La evaluación de la adherencia es necesaria para la planificación de tratamiento eficaz y eficiente, y para asegurar que los cambios en salud pueden ser atribuidos al régimen recomendado. Además, las decisiones de cambiar recomendaciones, medicaciones, y/o el estilo de comunicación para promover la participación del paciente dependen de una medida válida y confiable de la adherencia.

Sin embargo, no hay ningún "Gold Standard" para medir el comportamiento de adherencia, así mismo se han empleado una variedad importante de estrategias para mensurarla, estas pueden ser de tipo cuantitativo (conteo de píldoras) o cualitativo (entrevistas a pacientes)¹¹.

Cuando los proveedores de salud evalúan el grado el cual los pacientes siguen sus recomendaciones, suelen sobrestimar la adherencia. El análisis de los informes subjetivos de los pacientes ha sido problemático también. Los pacientes que revelan que no han seguido el consejo de tratamiento tienden a describir su comportamiento con exactitud, mientras que los pacientes que niegan su fracaso en seguir las recomendaciones relatan su comportamiento con mayor grado de inexactitud¹².

Según un informe de la WHO¹⁰, la adherencia es un fenómeno multidimensional determinado por la interrelación de cinco grupos de factores o dimensiones. Desde esta perspectiva se intenta superar la creencia de que la adherencia depende exclusivamente de la actitud de los pacientes.

1.3. Factores que Intervienen en los Niveles de Adherencia

**Factores socio-económicos:*

Los aspectos significativos sobre la adherencia son: el nivel socioeconómico bajo, la pobreza, el analfabetismo, bajo nivel de educación, desempleo, carencia de redes de apoyo sociales eficaces, condiciones de vida inestables, larga distancia del centro de tratamiento, el alto coste de transporte, el alto coste de medicación, cambios significativos en las situaciones ambientales, cultura y marco de creencias en relación a la enfermedad y el tratamiento, y la

disfunción familiar. La edad es un factor que afecta la adherencia pero de forma irregular. Esta variable debería ser evaluada separadamente para cada condición y, de ser posible, por las características del paciente y por la categoría de edad del desarrollo (p. ej.: adolescentes, adultos y pacientes ancianos). La variable raza debe ser tomada en cuenta en forma asociada a otras variables como por ejemplo si son nativos de la comunidad o son inmigrantes. A menudo, las creencias culturales son la razón detrás de estas diferencias raciales¹³, pero no menos a menudo, las desigualdades sociales confunden estas conclusiones, como es en el caso de los llamados grupos minoritarios (minoría) sean estas de orden étnico, cultural, religioso, etc. los cuales suelen presentar algunas dificultades tanto para el diagnóstico como para la atención y el tratamiento de este tipo de enfermedades^{21, 22}.

** Factores relacionados con el Sistema de Salud*

No se han realizado muchas investigaciones sobre este área, pero si bien se ha determinado que un servicio de salud de buena calidad mejora la adherencia¹⁴ a la vez existen muchos factores que tienen un efecto negativo. Estos incluyen, la Seguridad Social mal desarrollada con el reembolso inadecuado o inexistente por proyectos de seguro médico, sistemas de distribución de medicación pobres, carencia de conocimiento y entrenamiento para proveedores de asistencia médica sobre la atención a enfermedades crónicas, carencia de incentivos, consultas cortas, la poca capacidad del sistema para educar a pacientes y proporcionar una continuidad, la inhabilidad de establecer el apoyo comunitario, la carencia de conocimiento sobre la adherencia e intervenciones eficaces.

** Factores relacionados con la condición de infectado*

Representan las demandas particulares relacionadas con la enfermedad que debe afrontar el paciente. Algunos determinantes fuertes de adherencia son aquellos relacionados con la severidad de los síntomas, el nivel de inhabilidad (físico, psicológico, social y profesional), la tasa de progresión y severidad de la enfermedad, y la disponibilidad de tratamientos eficaces. Su impacto depende de cómo ellos influyen en la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia de tratamiento, y la prioridad puesta en la adherencia. Las co-morbilidades, como la depresión (en la diabetes o el VIH/SIDA), la medicación o el abuso del alcohol, son modificadores importantes de una adecuada conducta adherente^{49, 52, 53}.

** Factores relacionados con la terapia antirretroviral*

Hay muchos factores relacionados con la terapia que afectan la adherencia. Los más notables son aquellos relacionados con la complejidad del régimen médico, la duración de tratamiento, fracasos de tratamiento anteriores, frecuentes cambios en el tratamiento, la urgencia de efectos beneficiosos, efectos secundarios, y la disponibilidad de apoyo médico para poder tratarlos.

**Factores relacionados con el paciente*

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, conocimientos, actitudes, creencias, percepciones y expectativas del paciente. Los conocimientos y creencias acerca de su enfermedad, la motivación para su desenvolvimiento, la confianza, en su capacidad de participar en conductas de gestión relacionadas a la enfermedad, y las expectativas sobre el resultado del tratamiento y las consecuencias de la baja adherencia.

Algunos de los factores relacionados con la baja adherencia relatados por los pacientes son: el olvido, el estrés psicosocial, preocupaciones sobre los posibles efectos adversos, la baja motivación, los conocimientos insuficientes y habilidad en el manejo de los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, la falta de percepción subjetiva de la necesidad de tratamiento, la falta de efecto percibido de tratamiento, las creencias negativas respecto a la eficacia del tratamiento, la incomprensión y la falta de aceptación de la enfermedad, la incredulidad en el diagnóstico, la falta de percepción del riesgo para la salud relacionados con el de la enfermedad; falta de comprensión de las instrucciones de tratamiento, la falta de aceptación de la vigilancia, el tratamiento de baja expectativas, la baja asistencia en el seguimiento, o en el asesoramiento, motivación, conducta, la desesperanza y sentimientos negativos, la frustración con los proveedores de atención de la salud, el temor de la dependencia; la ansiedad sobre la complejidad de la administración de drogas, y sentir el estigma de la enfermedad.

Las percepciones de la necesidad personal de los medicamentos están influidas por los síntomas, expectativas y experiencias y por cogniciones enfermedad¹⁵. Las preocupaciones acerca de los medicamentos normalmente surgen de las creencias acerca de los efectos secundarios y la interrupción de estilo de vida y de las preocupaciones más abstractas sobre los efectos a largo plazo y la dependencia. Están relacionadas con las opiniones negativas acerca de los medicamentos en su conjunto y las sospechas de que los médicos excederse en la prescripción los medicamentos, así como a una visión más amplia del "mundo", caracterizada por las sospechas de los productos químicos en los alimentos y el medio ambiente y de la ciencia, la medicina y la tecnología.

La motivación de un paciente a adherirse al tratamiento prescrito es influenciada por el valor que él o ella pone en seguir el régimen (relación coste-beneficio) y el grado de confianza en ser capaz de seguirlo. El aumento de la eficacia de intervenciones de adherencia puede tener un impacto mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de tratamientos médicos específicos¹.

En el año 1977 se declaró que la viruela había sido erradicada oficialmente del planeta. Al año siguiente se abría, con la identificación y aislamiento del primer retrovirus humano patógeno⁵⁴, un prometedor futuro para las investigaciones relativas al cáncer, las llamadas «infecciones por virus lentos». A partir de estos logros la comunidad científica se ilusionaba con una victoria definitiva sobre las enfermedades infecciosas como así también sobre las afecciones crónicas de mayor impacto social en occidente. La pandemia del SIDA puso de

manifiesto una excesiva confianza en el modelo tecnocrático occidental en su capacidad de prevenir y controlar las grandes plagas infecciosas que se creían claramente superadas. Muchos expertos sostienen que la aparición del HIV/SIDA es un signo anunciador de los nuevos riesgos sanitarios que amenazan a la humanidad en su conjunto. Según Garret¹⁸ sólo será posible afrontar exitosamente éste y otros retos sanitarios, si logran articularse «perspectivas que combinen campos tan dispares como medicina, estudios medioambientales, salud pública, ecología básica, biología de primates, conducta humana, desarrollo económico, antropología cultural, legislación en materia de derechos humanos, entomología, parasitología, virología, bacteriología, biología evolutiva y epidemiología»¹⁷.

1.4. VIH /SIDA y Adherencia

De aquellos pacientes que sufren del VIH/SIDA, aproximadamente un tercio toma su medicación como se les ha indicado. Incluso cuando los pacientes totalmente comprenden las consecuencias de no adherencia a medicaciones, las tasa de adherencia son subóptimas¹.

A diferencia de otras enfermedades crónicas, como consecuencia de la réplica rápida y la tasa de mutación de VIH se requieren niveles muy altos de adherencia (p.ej. el 95 %) para alcanzar la supresión duradera de carga viral^{23, 24}. Sin embargo estudios recientes de pacientes con el VIH/SIDA han revelado tasas de adherencia bajas, similares a aquellos vistos para otras enfermedades crónicas. La adherencia subóptima rápidamente puede conducir a la resistencia, que entonces puede ser transmitida a otras personas^{25, 26}. Por lo tanto, la adherencia a TARGA debe ser casi perfecta para alcanzar la supresión durable viral.

Las nuevas combinaciones de agentes antirretrovirales potentes, conocidos como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), han probado ser eficaces en reducir la carga viral y el mejoramiento clínico de los pacientes. Sin embargo, la gran cantidad píldoras, los complejos esquemas de medicaciones y la baja tolerancia a los efectos secundarios indeseables, hace que la adherencia sea difícil de sostener. En razón de la gran importancia que la adherencia tiene para resultados exitosos del tratamiento antirretroviral de VIH, se hacen indispensables buenas estrategias para maximizar mantenimiento adecuado de los tratamientos.

Entre los esquemas para tratar trastornos que requieren de un tratamiento continuo amplio, los TARGA para SIDA son los regímenes más complicados que alguna vez hayan sido prescritos para este tipo de enfermedades²⁷.

Paterson y colegas²⁴ encontraron que la adherencia en niveles menores del 95 % predijo la resistencia viral, admisiones de hospital e infecciones oportunistas. Incluso entre los pacientes que alcanzaron tasas de adherencia del 95 %, el 22 % de ellos experimentaron un aumento en la carga viral durante el período de estudio. En otro estudio, Bangsberg y colegas²³ encontraron que ninguno de los individuos con la adherencia mayor que el 90 % desarrolló SIDA, mientras que el 38 % y el 8 % de aquellos con tasas de adherencia del 50 % y el 51-89 %, respectivamente, si desarrollaron la enfermedad. Estos autores consideraron

fracaso del tratamiento a la ausencia del mismo o a la declaración de una sola dosis durante 28 días²⁸.

La no adherencia a TARGA puede tener implicaciones para la salud pública importantes. La resistencia a la droga puede ser transmitida a otras personas mediante conductas de riesgo, y limitar de manera significativa las opciones terapéuticas^{25, 26}. Algunos estudios han divulgado que no menos del 80 % de las personas recién infectada son resistente a al menos una clase de medicaciones antirretrovirales actualmente aprobadas, y que el 26 % de ellas son resistente a varias clases de medicación²⁸. También sugieren que la transmisión de la resistencia a estos medicamentos irá en aumento²⁶.

1.5. Formas de Adherencia y de No Adherencia

La no adherencia puede tomar formas diferentes²⁹. El paciente simplemente puede cometer errores u omisiones en los registros. Si la prescripción está completa, el paciente puede consignar incorrectamente la frecuencia de la medicación o tomar la dosis en forma incorrecta porque entendió mal, u olvidó las instrucciones del profesional de salud. Los pacientes también pueden olvidar una dosis completamente o terminar la medicación antes del tiempo indicado. Además, los pacientes muchas veces ajustan su esquema debido a efectos secundarios y toxicidad de los medicamentos o como consecuencia de las creencias y conocimientos personales.

Uno de los problemas a resolver con respecto a la cuantificación de los niveles de adherencia por parte del equipo de salud es que cuando estos son evaluados a través de cuestionarios autoadministrados por el paciente, ellos suelen mostrarse de una forma más positiva, es decir indicando un porcentaje de adherencia mayor, al que verdaderamente se alcanzó^{30,31}, este fenómeno conocido como "deseabilidad social" puede no ser totalmente intencional por parte del paciente en el sentido de engañar al prestador de salud, sino que suele estar asociado a la búsqueda de una mirada más favorable y menos crítica de la que se suele tener hacia ellos. Algunos pacientes descartan parte de su medicación antes de una comprobación prevista sobre su adherencia para aparentar ante el evaluador haber logrado un buen desempeño³². La adherencia inadecuada sumada con el reporte sesgado termina siendo inútil para el avance en el tratamiento de esta patología³³. Por el contrario, los pacientes que relatan problemas con la adherencia raras veces tratan de engañar a sus proveedores³⁴.

Además de una declaración inexacta de datos de adherencia por pacientes, las estimaciones de adherencia hecha por proveedores de asistencia médica son también por lo general sobreoptimistas^{35, 36}. En este sentido, los integrantes del equipo de salud no suelen ser capaces de predecir con mucha exactitud cuáles serán los pacientes que adherirán. Muchos proveedores creen que los factores asociados con el estado socioeconómico, como la carencia de educación y pobreza son buenos predictores de no adherencia, y a partir de estas consideraciones realizan sus presupuestos.

Sin embargo, los predictores de adherencia varían enormemente a través de poblaciones y escenarios y aún no se ha determinado algún factor que se asocie consistentemente con la no adherencia³⁷.

1.6. Predictores de Adherencia

Algunos esquemas terapéuticos para el tratamiento del SIDA requieren varias dosis de medicación por día en conjunto con otras exigencias o restricciones sobre el tipo de ingesta y otras actividades. Estas modificaciones en los ritmos habituales de conducta de los pacientes, a la par de los problemas de la toxicidad y efectos secundarios, pueden influir en gran medida en la voluntad de un individuo y la capacidad de adherirse a la terapia^{38,39}.

Los esquemas complejos de medicación y las restricciones o exigencias alimentarias parecen tener una influencia mayor sobre la adherencia que el número de píldora. En el tratamiento de muchas enfermedades, se obtienen mejores niveles de adherencia cuando las dosis son una o a lo sumo dos veces por día^{40,41}. Wenger y colegas demostraron que el ajuste del esquema programado al modo de vivir de un individuo y la actitud del individuo hacia el tratamiento eran los mejores predictores de adherencia que el tipo de medicación en cuestión⁴².

En la medida de lo posible, los esquemas de tratamiento deberían ser simplificados reduciendo el número y frecuencia en la toma las de píldoras, como también reduciendo al mínimo las interacciones de los medicamentos y los efectos secundarios.

Esto es particularmente importante para aquellos pacientes con una especial resistencia a tomar medicación de cualquier tipo. Si bien para los integrantes del equipo de salud la posibilidad de contar con tratamientos eficaces para una determinada patología es visto como algo positivo tendiente a mejorar la calidad de vida de las personas, para muchos pacientes el hecho de tener que tomar una medicación, sobre todo en forma crónica, refuerza la percepción de su estado de enfermedad. Hay pruebas que la simplificación de los esquemas, en los cuales se presentaron menor cantidad de píldoras y frecuencias de dosis inferiores se alcanzaron mejoras en la adherencia⁴³. Un buen ejemplo del empleo de esta estrategia de simplificación es el caso de tratamientos combinados para la tuberculosis (fixed-doses combination, FDCs), que reporta buenos resultados relación al sostenimiento de los tratamientos. (WHO/CDS/TB/2003.313)

Los efectos secundarios también han sido consistentemente asociados con adherencia disminuida. Los pacientes que experimentan más de dos reacciones aversivas presentan una menor probabilidad de continuar con su tratamiento³⁸. Los esquemas TARGA por lo general tienen efectos secundarios temporales incluyendo reacciones transitorias (diarrea y náuseas) así como efectos más durables (p. ej. lipodistrofia y neuropatía). El grado en el cual los efectos secundarios pueden influir en la motivación de un paciente para adherirse a un régimen de tratamiento depende en gran medida de las cuestiones específicas contextuales que rodean al individuo. La literatura sobre efectos secundarios claramente muestra que la adherencia óptima

ocurre con las medicaciones que presentan menos síntomas asociados o por lo menos más leves^{27, 37}.

Consecuentemente, los pacientes rápidamente interrumpen la terapia o solicitan cambios en la medicación si experimentan efectos secundarios⁴⁴. Según algunos autores, los efectos secundarios reales o percibidos dan cuenta de más cambios de esquemas que llevan al fracaso de tratamiento^{45, 44, 46}.

Otro estudio en Francia encontró que la experiencia subjetiva de efectos secundarios de los pacientes durante los primeros cuatro meses del tratamiento predijo la no adherencia más que cualquier otro predictor, incluyendo variables sociodemográficas, como así también el número de medicaciones o dosis por día⁴⁷. Los síntomas que causan la mayor parte de malestar son la fatiga, la diarrea, la náusea y cólicos, los cuales en su mayoría pueden ser tratados satisfactoriamente^{45, 47}.

Un efecto secundario serio que puede afectar la adherencia a medicaciones de VIH es la lipodistrofia. Kasper y colegas⁴⁸ encontraron que el 37 % de los pacientes estudiados había detenido o cambiado sus medicaciones a causa de ese problema. De los que eran adherentes, el 57 % indicaron que ellos seriamente habían considerado la interrupción de la terapia, mientras el 46 % declaró que cambiarían el esquema de medicación si los síntomas empeoraran. La lipodistrofia afecta entre el 30 % y el 60 % de personas que consumen TARGA^{48, 49}. Las manifestaciones físicas varían enormemente, en general incluyen la acumulación de grasa sobre la parte superior de la espalda y el cuello (joroba de búfalo), bajo los músculos del abdomen, lipomas y ampliación del pecho; esto también puede causar el aumento periférico de grasa en la cara, piernas, brazos y nalgas⁵⁰⁻⁵¹. Fisiológicamente, estas modificaciones físicas por lo general son precedidas por hiperglucemia, hipercolesterolemia y aumento de los triglicéridos. Las variaciones en estos parámetros deben ser tratadas y esto puede aumentar la complejidad y los efectos secundarios de esquemas de por sí, ya complejos. Seleccionar los esquemas que no contribuyen a la dislipemia o a la lipodistrofia puede aliviar los miedos a la desfiguración y apoyar la adherencia.

Al mismo tiempo que la epidemia del SIDA fue adquiriendo dimensiones insospechadas, la comunidad científica en su conjunto y a escala mundial, se abocó a producir nuevos conocimientos que pudieran dar cuenta de causas, diagnósticos, intervenciones y secuelas de la pandemia. Tal producción se tradujo en innumerables publicaciones provenientes de las más variadas disciplinas: derecho, antropología, sociología, psicología, medicina, biología, farmacología, etc., convirtiéndose para quienes intenta recopilar información sobre la misma, en una ardua tarea de búsqueda y compilación.

La metodología de búsqueda, registro y análisis organizada que caracteriza a las Revisiones Sistemáticas resulta ser la estrategia más adecuada para abordar este tipo de tareas.

1.7. Fundamento de la tesis:

La bibliografía que aborda la identificación y evaluación de las posibles variables predictoras para la adherencia a los tratamientos antirretrovirales en SIDA suele hacerlo refiriendo un gran número de aspectos, en un espectro amplio que recorre desde los biológicos hasta los sociales, generalmente consignados en términos de porcentaje de éxitos o fracasos. En razón de la importancia del alcance y sostenimiento de tasas adecuadas de adherencia para la calidad de vida de los afectados y para la salud pública en su conjunto, es que se propone realizar una revisión sistemática sobre aquellos trabajos científicos que hayan investigado y evaluado factores psicosociales asociados a la adherencia, así como la capacidad predictora de los mismos en relación a los niveles de adherencia, considerando a la vez, los puntos de corte y los métodos de evaluación adoptados.

1.8. Sobre la Revisión Sistemática

Se pueden clasificar las revisiones de la literatura en dos grandes tipos: las revisiones sistemáticas (RS) y las revisiones narrativas (RN). La RS es una revisión que identifica, evalúa y resume la literatura empleando una estrategia o sistema (de allí su nombre) que se describe en una sección de materiales y métodos. La metodología de la RS busca eliminar, o al menos reducir, el efecto del sesgo y del azar en pasos como la búsqueda o la selección de los estudios originales. Se espera que esta metodología produzca revisiones de mayor veracidad y credibilidad. Al resumir los resultados de las búsquedas sistemáticas de la literatura, la RS permite una aproximación al estado del conocimiento de un tema en un momento determinado. Las RS pretenden ser⁵⁵:

- Rigurosas: en cuanto a los estudios incluidos (criterios de inclusión, criterios de calidad, etc.).
- Informativas: enfocadas hacia problemas reales, tratando de contestar a una pregunta clínica claramente delimitada e, idealmente, analizando y presentando los datos de la forma que mejor ayude a la toma de decisiones.
- Exhaustivas: utilizar la mayor y mejor información pertinentes, sin introducir sesgos (de selección, de publicación, etc.).
- Explícitas: todos los métodos utilizados en la revisión deben describirse con suficiente detalle.

2. Objetivo General:

*Revisar Sistemática y Críticamente artículos científicos que presenten resultados de investigaciones empíricas acerca de la adherencia a Tratamientos Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA) para HIV/SIDA.

3. MÉTODO:

3.1 Etapas Iniciales

Para elaborar los procedimientos a ser usados en la conducción y posterior descripción de los resultados de la revisión sistemática, se tuvieron en cuenta las guías internacionales de realización y descripción de revisiones sistemáticas: Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT), Transparent Reporting of Evaluations with Non randomized Designs (TREND) y The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). En razón que en esta etapa, el presente trabajo no incluye la elaboración de meta-análisis y debido al tipo de estudios, principalmente de tipo observacionales, que en mayor medida suelen presentar las investigaciones a ser revisadas, se utilizarán como guías de trabajo las dos últimas declaraciones: TREND y STROBE.

3.2. Búsqueda bibliográfica

El proceso de búsqueda bibliográfica será elaborado en dos etapas, una inicial de búsqueda automatizada y una etapa posterior de una búsqueda manual. Inicialmente, la búsqueda automatizada se iniciará con indexadores de literatura biomédica utilizados en sitios de búsqueda bibliográfica del área (en inglés, Medical Subject Headings - MeSH) para VIH y SIDA con términos asociados al concepto de adherencia, en inglés. En otra instancia se usarán como descriptores los términos que se desprendan de esa primera indagación, relacionados a adherencia en idioma inglés (por ej.: adherence, compliance, pill counts, Medication Event Monitoring System [MEMS], otros). Las búsquedas serán realizadas en los principales indexadores internacionales de literatura biomédica, a saber: MEDLINE vía PubMed, Cochrane Library, AIDSLINE, AMED, CINAHL e ISI web of Science. Las búsquedas serán realizadas para el período comprendido entre enero de 1996 y hasta marzo de 2010, con excepción para el sitio AIDSLINE, el cual las búsquedas fueron realizadas para el período comprendido entre 1996-2000 (año en el cual la inclusión de nuevas citas fue discontinuado).

Tratando de reducir posibles sesgos de la búsqueda electrónica, procederemos posteriormente a una búsqueda bibliográfica manual, la cual contempla las siguientes etapas:

- 1.-Búsqueda de resúmenes presentados en conferencias nacionales e internacionales sobre VIH/SIDA, utilizando los mismos términos indexadores utilizados en la búsqueda automatizada;
- 2.-Búsqueda de investigadores que trabajen en investigaciones relacionadas con VIH/SIDA. Investigadores internacionales serán buscados a través de datos de del National Institutes of Health, titulada Computer Retrieval of Information on Scientific Projects (CRISP) (<http://lattes.cit.nih.gov>). Investigadores brasileños serán identificados a través de la Plataforma Lattes del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico – CNPq (<http://lattes.cnpq.br/>); investigadores argentinos serán identificados a través de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación (<http://biblioteca.secyt.gov.ar>).

3.-Contacto con todos los investigadores identificados y autores de artículos/resúmenes de congresos seleccionados, buscando obtener copias de trabajos relacionados.

4.-Revisión de la bibliografía citada en todos los artículos seleccionados, buscando identificar elegibles adicionales.

3.3. Criterios de Inclusión y Exclusión Adoptados

La búsqueda se centrará en estudios empíricos los cuales la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos sea el resultado principal e incluya como variables independientes factores psicológicos o sociales. Para ser seleccionado, el estudio deberá presentar una definición de adherencia adoptada (definición teórica) y/o describir como fue medida la adherencia de los pacientes estudiados (por ej.: "fueron estudiados pacientes adherentes que tomaron por lo menos el 90 % de las píldoras prescritas durante la última semana"). Los estudios serán excluidos en el caso que presenten exclusivamente datos cualitativos, sean revisiones o su población de estudio fueran niños.

3.4. Selección de los estudios

Utilizando un protocolo pre-definido, dos investigadores irán extrayendo el texto completo de los artículos científicos identificados como elegibles. La evaluación de la elegibilidad de cada estudio y la extracción de las informaciones se dará de forma independiente, intentando de este modo minimizar posibles vicios de observación. A posteriori la identificación de los artículos considerados como relevantes para el estudio, los dos investigadores responsables por la extracción se reunirán, intentando encontrar un consenso con relación a los artículos que deberían ser incluidos en el estudio.

3.5. Extracción de los datos

La extracción de los datos será realizada usando un formulario standarizado (presentado a continuación). Este formulario busca facilitar la recolección sistemática de informaciones sobre el país en el cual el estudio fue realizado, características de la muestra (sexo, raza, edad), tamaño de la muestra, período y diseño del estudio, medidas utilizadas para medir la adherencia, proporción de pacientes adherentes, puntos de corte usado para medir adherencia, así como covariables asociadas a la adherencia, tales como el aumento del recuento de células CD4 y la disminución de carga viral para VIH, a lo largo del período de acompañamiento (cuando estos datos están disponibles). Cuando más de un método para medir adherencia haya sido utilizado (por ej.: MEMs, cap y autorrelato), los datos relativos a la proporción de pacientes adherentes medidos por cada uno de los métodos serán extraídos.

3.6. Bases de Búsqueda:

*MEDLINE:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/sites/entrez?db=pubmed>

*CochraneLibrary:

http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clcentral_articles_fs.html.

*AIDSLINE:

<http://www.aegis.com/aidsline/>

*AMED: -Allied and complementary Medicine Database:

<http://www.bl.uk/reshelp/findhelpsubject/scitectenv/medicinehealth/amed/amed.html>

*CINAHL®, the:

<http://www.ebschoht.com/cinahl/>

*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

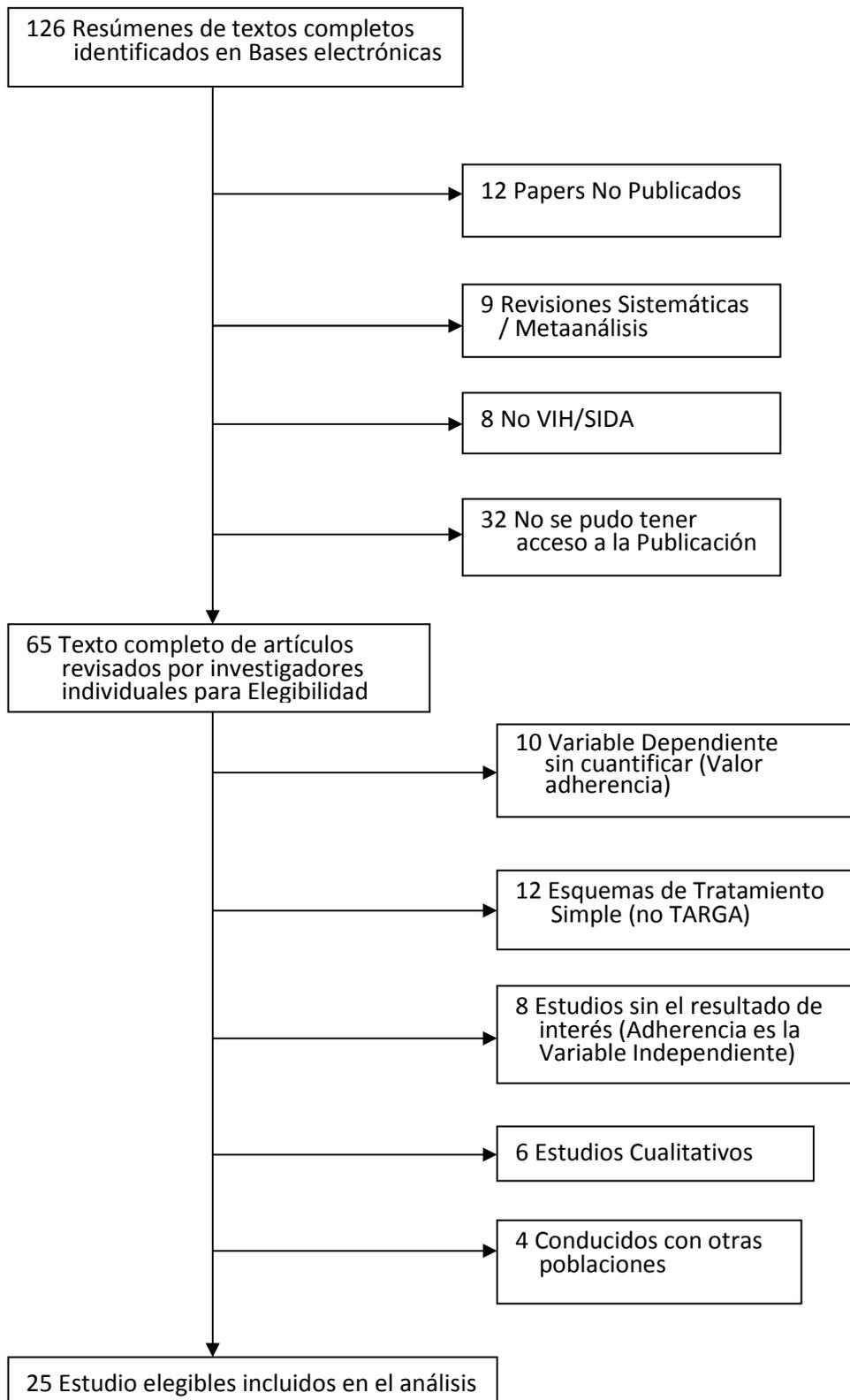
*ISI Web of Science:

http://apps.isiknowledge.com/UA_GeneralSearch_input.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&SID=3FphLAh6hbcG6LkKdOb&preferencedSaved=

3.7. Listado de términos originados a través de MeSH para la búsqueda de artículos:

Compliance, Patient	Cognitive aspects
Patient Cooperation	Emotional aspects
Cooperation, Patient	Mental aspects
Patient Adherence	psychiatric aspects
Adherence, Patient	psychogenic aspects
Patient Non-Compliance	psychosocial aspects
Non-Compliance, Patient	psychosomatic aspects
Patient Non Compliance	Side Effects, Psychological
Patient Nonadherence	Psychological Side Effects
Nonadherence, Patient	Psychological Side Effect
Patient Noncompliance	Side Effect, Psychological
Noncompliance, Patient	Psychosocial Factors
Patient Non-Adherence	Factor, Psychosocial
Non-Adherence, Patient	Factors, Psychosocial
Patient Non Adherence	Psychosocial Factor
Cognitive aspects	Psychological Factors
Emotional aspects	Factors, Psychological
Mental aspects	Factor, Psychological
psychiatric aspects	
psychogenic aspects	
psychosocial aspects	
psychosomatic aspects	

Fig. 1. Diagrama de Flujo de los Estudios Incluidos en el Análisis.



4. RESULTADOS

De la búsqueda inicial se identificaron 126 artículos. De ellos, se excluyeron 75 por no cumplir con los criterios de inclusión. Los principales motivos fueron: ser Estudios cualitativos, Revisiones sistemáticas, Población Infantil y otras patologías distintas de VIH/SIDA. De los artículos restantes se accedió a 75 de ellos. A partir de un tercer examen 49 fueron excluidos por no ser la adherencia la variable dependiente, por no especificar el método de medición para la misma o porque los tratamientos antirretrovirales eran de esquema simple. De este modo se arribó a 25 informes para la extracción completa de datos.

4.1. Características de los Estudios

La gran mayoría de los trabajos están redactados en idioma inglés. Solamente uno fue presentado en español. El período abarcado se extiende desde el año 2006 al 2009. Según tipo de diseño de estudio se distribuyeron de la siguiente manera: 10 fueron Ensayo Controlado Aleatorizado, 6 de Longitudinales y 9 fueron Estudios Observacionales Transversales. Con respecto al país de origen, 22 son de origen estadounidense, dos de África (Uganda, Etiopía) y uno de Perú.

4.2. Características de la Población

Género. El conjunto de los trabajos incluyó 14.089 personas, de los cuales 8.797 son varones, es decir el 62,4 % de la muestra. En cuatro de los trabajos la población estudiada estuvo compuesta únicamente por mujeres.

Raza. De los trabajos de origen estadounidense, diecinueve incluyeron el dato de la raza, encontrándose que la Afro-americana presentó la frecuencia más alta en dieciséis de los artículos.

Edad. La media de edad entre los 22 artículos que consignaron ese dato es de 41,86 años.

4.3. Métodos de medida y Criterios de Corte para Adherencia

El método de más utilizado para evaluar la adherencia a TARGA fue el autorreporte. Diecinueve (76 %) estudios evaluaron adherencia usando cuestionarios autoadministrados, cinco (20 %) el método electrónico MEMS caps. (Micro Electronic Monitoring Systems, Aardex. L), uno (4 %) combinó el sistema MEMS con el sistema de conteo de pastillas y uno (4 %) utilizó el sistema de conteo de pastillas únicamente.

Once artículos evaluaron la adherencia como una variable continua, sin transformar los valores encontrados en una clasificación entre grupos de adherentes y no adherentes. Un solo trabajo⁵⁹ consideró como grupo de adherentes a aquellas personas que alcanzaron un 100 % en la administración de su medicación. Dicho trabajo utilizó este criterio para un período de dos días mientras que para una segunda evaluación a los siete días, el punto de corte utilizado fue de 90 %. Solamente un artículo más también usó el 90 %. Seis trabajos utilizaron para definir el grupo de adherentes un valor de 95 % de cumplimiento. El resto (6) de los trabajos consideraron definir como "no adherencia" a la pérdida de al menos una dosis según diferentes períodos: tres artículos un mes, y tres de ellos, dos, cuatro y siete días, respectivamente.

La adherencia fue evaluada a través de diferentes períodos. Entre los diecinueve de los trabajos consignaron este dato, el rango se extiende desde un día a doce meses. El período más frecuente encontrado fue el que corresponde al mes previo evaluado (29%), seguido por una semana de evaluación (24%).

Cuatro trabajos utilizaron múltiples períodos de evaluación, uno de ellos evaluó a los dos y a los siete días Royal et al⁵⁹, Di Iorio et al⁶³, al mes y a los doce meses, Koenig et al⁶⁴ a los tres y a los seis meses y por último, Abaasa et al⁷⁷ a los dos y a los catorce días, y a los dos y a los seis meses. Cinco artículos no definieron claramente los períodos usados.

4.4. Variables Independientes

En razón de que la dimensión psicosocial de la experiencia humana incluye un número importante aspectos según el objeto de estudio en el que se centre y el marco teórico desde el cual se aborde, se consideró conveniente a los fines de una presentación más ordenada, una clasificación según el aspecto psicosocial principal que se hubiera considerado variable independiente en cada artículo. En este sentido se agruparon las variables independientes según refirieran a *Aspectos relacionados a la salud mental o física y las características propias de las personas* (síntomas asociados a dolencias físicas, trastornos del estado de ánimo, estrés, creencias acerca de la enfermedad, procesos cognitivos, Uso de drogas), a las *Factores sociales*, a los *Aspectos secundarios del tratamiento antirretroviral* (costo económico, reacciones a la medicación), a *Intervenciones dirigidas de Programas Específicos*, y por último, al *Consumo de drogas y el Uso de tratamientos alternativos*.

VARIABLE INDEPENDIENTE	ESTUDIOS
Síntomas Clínicos o Trastornos emocionales n=4	<ul style="list-style-type: none"> -Self-efficacy and depression as mediators of the relationship between pain and antiretroviral adherence. (Berg, K. 2009). -The Relationship of Post-traumatic Stress Disorder and Depression to Antiretroviral Medication Adherence in Persons with HIV. (Vranceanu, A. 2008). -Major Depression in Patients with HIV/AIDS and Substance Abuse (Berger-Greenstein, A. 2007). -Symptom Exacerbation and Adherence to Antiretroviral Therapy During the Menstrual Cycle: A Pilot Study. (Pinaki N, 2006)

<p>Procesamiento Cognitivo n=9</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Relationship of Prospective Memory to Neuropsychological Function and Antiretroviral Adherence. (Contardo, A. 2009) -Adherence to antiretroviral medication in older adults living with HIV/AIDS: a comparison of alternative models. (Johnson, C. 2009). -Discovery of Meaning and Adherence to Medications in HIV infected Women. (Westling, E. 2007). -Medication Adherence Mediates the Relationship between Adherence Self-efficacy and Biological Assessments of HIV Health among those with Alcohol Use Disorders. (Parsons, J. 2008) -Discrepancies Between Self-Report and Objective Measures for Stimulant Drug Use in HIV: Cognitive, Medication Adherence and Psychological Correlates. (Reinhard, M. J. 2009) -Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A randomized controlled study. (C. Di Iorio, 2008). -Motivational Interviewing and Cognitive-Behavioral Intervention to Improve HIV Medication Adherence Among Hazardous Drinkers: A Randomized Controlled Trial. (Parsons, J. 2009). -Social Support, Coping, and Medication Adherence Among HIV-Positive Women with Depression Living in Rural Areas of the Southeastern United States. (Vyavaharhar, M. 2007). -A randomized clinical trial of community-based directly observed therapy as an adherence intervention for TARGA among substance users. (Macalino G, 2007)
--	---

VARIABLE INDEPENDIENTE	ESTUDIOS
Creencias acerca de la Enfermedad - Estigma n=4	<p>-Conspiracy Beliefs about HIV Infection Are Common But Not Associated with Delayed Diagnosis or Adherence to Care. (Clark, A. 2008).</p> <p>-Literacy, Social Stigma, and HIV Medication Adherence. (Waite, R. 2008).</p> <p>-The Association of Stigma with Self-Reported Access to Medical Care and Antiretroviral Therapy Adherence in Persons Living with HIV/AIDS. (Sayles, J. 2009).</p> <p>-Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. (Girón, V. 2007).</p>
Factores Sociales n=2	<p>-Factors associated with adherence to highly active antiretroviral therapy in homeless or unstably housed adults living with HIV. (Royal, S. 2009).</p> <p>-Health Status, Health Care Use, Medication Use, and Medication Adherence Among Homeless and Housed People Living With HIV/AIDS. (Kidder, D. 2007).</p>
Aspectos Secundarios del Tratamiento n=2	<p>-Cost of treatment: The single biggest obstacle to HIV/AIDS treatment adherence in lower-middle class patient in Mumbai, India. (Naik, 2009).</p> <p>-Magnitude and determinants of nonadherence and nonreadiness to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Northwest Ethiopia: a cross - sectional study. (Tessema, 2007).</p>
Intervención de Programas de Apoyo Específico n=2	<p>-Good adherence to TARGA and improved survival in a community HIV/AIDS treatment and care programme: the experience of The AIDS Support Organization (TASO), Kampala, Uganda. (Abaasa, A. 2008).</p> <p>-Randomized Controlled Trial of an Intervention to Prevent Adherence Failure Among HIV-Infected Patients Initiating Antiretroviral Therapy. (Koenig, L. 2008).</p>
Uso de Tratamientos Alternativos n=1	<p>-Complementary and alternative medicine use decreases adherence to TARGA in HIV-positive women. (Owen-Smith, A. 2007)</p>
Uso indebido de Drogas n=1	<p>-Methamphetamine use, sexual activity, patient provider communication, and medication adherence among HIV-infected patients in care, San Francisco 2004 2006. (Márquez, C. 2009).</p>

4.4.1. SÍNTOMAS CLÍNICOS Y TRASTORNOS EMOCIONALES:

En este grupo de variables se encuentran aquellos estudios que consideraron síntomas físicos o psicológicos y/o cuadros patológicos como posibles predictores de adherencia. Los cuatro trabajos incluyeron a la depresión entre sus variables. Sin embargo, existen entre ellos diferencias con respecto de la injerencia de dicho trastorno en los niveles de adherencia. Los trabajos de Pineki et al.⁸⁰ y Vranceanu et al.⁶⁵ coinciden en haber hallado una relación significativa entre la depresión y la adherencia, mientras que Berg et al.⁶⁰ concluyeron que el dolor es una variable predictora de adherencia, en tanto que la depresión actuaría solamente como un factor mediador entre el dolor y la adherencia. Por otra parte, en el trabajo de Berger-Greenstein et al.⁶⁶ la adherencia correlacionó positivamente con las puntuaciones en el BDI, pero no con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

4.4.2. PROCESAMIENTOS COGNITIVO. ASPECTOS CONDUCTUALES

Entre los trabajos que consideraron procesos cognitivos conductuales como variable independiente, la mayoría utilizó diseños de ensayo controlado aleatorizado (n=7) y dos trabajos realizaron estudios de tipo transversal. Los niveles de adherencia hallados en este grupo se extiende en un rango que comprende desde un 23 % (Contardo, 2009⁵⁶) hasta 84,4 % (Parsons, 2007⁷³). Dos estudios no presentaron sus resultados en forma de porcentaje de adherentes. Parsons et al.⁶⁷ consideraron a la variable de intervención como un factor de protección, hallando un aumento en los niveles de adherencia del 14,6 %. El trabajo de Macalino et al.⁷⁰, si bien no cuantificó los niveles de adherencia encontrados, halló que el grupo control presentó una adherencia menor. La mayoría de los estudios de este grupo (Macalino et al.⁷⁰, Parsons et al.^{67, 73}, Di Iorio et al.⁶³) implementaron como variables de intervención actividades dirigidas a la evaluación o al desarrollo de componentes del área cognitiva o de la conducta. La tendencia encontrada en este grupo es que ciertas funciones asociadas a las facultades cognitivas superiores (memoria, asignación de sentido, motivación, modelos de afrontamiento) están directamente vinculadas con conductas adherentes.

4.4.3. FACTORES SOCIALES.

En este grupo, los dos artículos estudiaron el comportamiento de la adherencia a TARGA en personas viviendo en situación de calle. Royal et al. estudiaron en esta población la incidencia de variables tales como la salud mental, abuso de droga y edad; mientras que Kidder et al.⁶⁸, compararon esta población con aquellas personas que recurren a albergues. Ambos trabajos identificaron la situación de calle, y problemas vinculados a la misma, como factores incidentes en fallos de adherencia

4.4.4. ASPECTOS SECUNDARIOS AL TRATAMIENTO

En este grupo se incluyeron los trabajos que refieren aspectos secundarios y no deseados del TARGA, por ejemplo, efectos adversos de la medicación o dificultades para el

acceso a centros de atención, de forma que se instituyen como obstáculos para alcanzar niveles de adherencia adecuados.

4.4.5. CREENCIAS ACERCA DE LA ENFERMEDAD. ESTIGMA

Los estudios que componen este grupo abordan aquellas creencias asociadas a la enfermedad, tanto sobre el propio estado de enfermedad, el cual puede ser vivido como un estigma social, como también sobre los servicios de salud. Waite et al.⁶² estudiaron la mediación del estigma entre el grado de alfabetización y la adherencia. Sayle et al.⁷⁵, encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de estigma y baja adherencia. Girón et al. identifican como un factor asociado a los subniveles de adherencia a las dificultades de acceso a los servicios de atención y al desabastecimiento de la medicación.

4.4.6. MEDICINA COMPLEMENTARIA. TRATAMIENTOS DIETARIOS. ACTIVIDADES FÍSICAS, PSICOLÓGICAS O RELIGIOSAS. (Owen-Smith et al.⁷²)

Los pacientes que utilizan CAM pueden hacerlo como una alternativa a la medicina tradicional en lugar de complementar el régimen prescrito de TARGA.

4.4.7. USO DE METAANFETAMINAS. (Márquez et al.⁵⁷)

Este trabajo coincide con una extensa bibliografía la cual asocia el abuso de drogas y fallas en la adherencia.

4.4.8. INTERVENCIÓN DE GRUPOS DE APOYO ESPECÍFICO

Ambos estudios resaltan la importancia de la atención integral de PVVS, no solo en la búsqueda de aumentar los porcentajes de adherencia, sino también, a través de intervenciones más integrales, el logro de una mejor calidad de vida.

Tabla 1. Porcentajes de adherencia según Métodos de Evaluación y Tipos de Diseño. 1996-2009.

	Ensayo Controlado Aleatorizado	Estudios Longitudinales	Estudios Transversales	
MEMs Caps	-64 vs. 55 (Di Iorio et. al ⁶³) -40 vs.26 (Koenig et al ⁶⁴) -23 (Contardo et. al ⁵⁶)	-----	-81 (Reihanrd et al ⁷⁴) -73 (Vranceanu et al ⁶⁵)	n=5
Autorreporte	-84,4 (Parsons et al ⁷³) -80 (Jhonson et al ⁵⁸) -39 (Westling et al ⁷¹) -↑ adh= 14 (Persons et al ⁶⁷) -Interv=↓PVL* (Macalino et al. ⁷⁰)	-94 (Pinaki et al ⁸⁰) -87 vs 73 (Marquez et al ⁵⁷) -78 (Abasaa et al ⁷⁷) * -70 (Waite et al ⁶²) -CAM↓Adh (Owen et al ⁷²) -↑Report SDM→↑adh (Berger et al ⁶⁶)	-94 (Royal et al ⁵⁹) -90 (Girón et al ⁷⁶) -83 (Tessema et al ⁷⁹) -75 (Nalik et ⁷⁸) -73 (Berg et al ⁶⁰) -70 (Vyavaharhar et al ⁶⁹) -<70 (Kidder et al ⁶⁸) -42 (Sayles et al ⁷⁵)	n=19
Conteo de Pastillas	-----	-78 (Abasaa et al ⁷⁷)*	-83 (Clark et al ⁶¹)	n=2
	n=8	n=7	n=11	

*PVL: Plasma Viral Load

4.5. Tipo de Diseño: Ensayo Controlado Aleatorizado, Estudios Transversales

Ocho artículos usaron en su metodología ensayos controlados aleatorizados. De ellos, 7 utilizaron autorreporte y el resto el sistema MEM Caps. De los once estudios transversales, ocho recurrieron al autorreporte, uno utilizó el conteo de pastillas y el otro MEM. Entre los cinco estudios que utilizaron el método de MEMs Caps, se presentó un amplio rango de valores de adherencia. El porcentaje más bajo encontrado fue de 23 % por Contardo et al, con un punto de corte del 95 %. Algunos trabajos, como el de Koenig et al. Consideraron que la mayoría de las medidas de cumplimiento, tales como el autorreporte o el rellenado de farmacia, tienden a sobrestimar la adhesión, mientras que el método MEMS puede subestimar la adhesión (Liu et al, 2001.), por esta razón, han elegido utilizar un punto de corte menor (por ej. 90% en vez del 95%), encontrando un porcentaje de adherencia del 40 % en el grupo de intervención, solo el 27 % en el grupo control. A su vez hallaron que la adherencia sostenida se asoció con mayores probabilidades de lograr un VL indetectable (OR 1.78, IC 95% 1.01, 3.13) y que no existió una relación estadísticamente significativa entre los niveles de adherencia y el tiempo transcurrido. En el trabajo de Di Iorio et al.⁶³ se calcularon dos tasas de adherencia. El primero se basa en la correspondencia entre el número de dosis prescritas por día y el número de aperturas de la tapa por día. El segundo se basaba en el número de la tapa aberturas que ocurren dentro de + / - una hora del tiempo previsto para la dosis. Las diferencias que presentó el grupo de

intervención vs. el control con respecto a los niveles de adherencia fue progresivamente en aumento en un período de doce meses (1º mes, 79%/80%, 12 meses, 64%/55%).

Con respecto a los estudios transversales, el estudio de Vranceanu et al.⁶⁵ utilizó el método MEMS a partir de tres medidas de resumen de adherencia: (1) el número de minutos sin cubrir en un día de 24 horas, que se convirtió en una medida de "adherencia por ciento", (2) número de dosis correcta, que se convirtió en una fracción, y (3) el número de días correcto, llevado a una fracción. De esta forma, consideró correcta una dosis si esta se administró dentro de más o menos 3 horas desde el momento estaba previsto que el paciente tomara la dosis. El nivel de adherencia encontrado por estos autores fue de 72,9 %. Reinhard et al.⁷⁴ utilizaron el sistema MEMs paralelamente con autorreportes, en un grupo de pacientes usuarios de drogas. Después de comparar el auto-informe con los datos objetivos identificaron tres grupos: "Discrepantes", "Verdadero positivos", y "verdaderos negativos". Comparaciones post hoc revelaron que el grupo de discrepantes fueron los menos adherentes (54%) y tenían una significativamente menor ($p < 0,001$) tasa de adherencia que el grupo de verdaderos negativos que fueron la mayoría de adherentes (81%). El grupo de verdaderos positivos también mostró una significativa menor ($p = < 0,004$) tasa de adherencia (63%) en comparación con el grupo de verdaderos negativos. Los grupos discrepantes positivo y verdadero no difieren significativamente en la adherencia de MEMS. Este estudio encontró los mayores valores de adherencia (81%) dentro de los trabajos que utilizaron el método MEMs.

La evaluación de la adherencia mediante el autorreporte fue la más utilizada. Según muchos autores este sistema tiende a generar resultados más elevados de adherencia. Entre los estudios longitudinales únicamente se recurrió a dicho sistema de evaluación, excepto un solo trabajo que incluyó además, el conteo de píldoras. Los niveles más altos de adherencia encontrados en esta revisión corresponden a los trabajos de Royal et al.⁵⁹ y Pineki et al.⁸⁰, ambos del 94 %. El primero de ellos refiere que el cumplimiento global fue del 89% durante dos días y 94% durante siete días, concluyendo que una mayor puntuación en la depresión CES-D y las escalas de estrés percibido (lo que indica un mayor riesgo para la depresión y el estrés) se asociaron a un menor seguimiento de dos y siete días. Pineki et al.⁸⁰ consideraron que la falta de una sola dosis en una semana significa que la adherencia del paciente era inferior al 95%. Luego concluyen que las mujeres fueron un poco menos adherentes durante las semanas menstruales (89%) que las semanas premenstrual (94%) y otras semanas (93%). La mayoría de los trabajos de este grupo encontraron niveles de adherencia comprendidos en un rango que oscila entre 90 y 70 %. Los valores más bajos de adherencia se encontrados en los estudios de Sayles et al.⁷⁵ (42,5 %) y Westling et al.⁷¹ (Time 1: Media 36 % grupal. Time 2: No discovery of meaning: 30 %, Discovery of meaning: 39 %). El trabajo de Sayles⁷⁵ encontró en un análisis no ajustado, que los que reportaron un alto nivel de estigma son más propensos a reportar la falta de acceso a la atención (OR = 4,97, IC 95%: 2,54 a 9,72), fuente regular de atención del VIH (OR = 2.48, IC 95% 1.00-6.19), y el cumplimiento del TAR (OR = 2.45, IC 95% 1.23 a 4.91).

Cuatro trabajos no definieron un punto de corte a partir cual se distinguieran personas adherentes de las no adherentes, sino que los datos obtenidos fueron consignados como una variable continua. I) Parsons et al.⁷³ encontraron que en promedio, el porcentaje de cumplimiento por ciento de dosis para las personas en la condición intervención aumentó un 14,6 (SD = 26,3%), mientras que en el grupo de personas en el estado de educación, la adherencia aumentó sólo un 4,3% (SD = 26,5%). El porcentaje de cumplimiento por día para los participantes en la condición de intervención mejoró una media del 17,6% (SD = 17,5%) en comparación con sólo una media del 6,9% (SD = 27,8%) para los de la condición de control, esta diferencia no alcanzó significación estadística. II) Macalino et al.⁷⁰, hallaron que un mes después del inicio del estudio, 24 participantes habían presentado supresión de la carga viral [14/37 (38%) en el MDOT, y 10/37 (27%) en SOC]. A los 3 meses, 25 de 39 (64%) en el grupo MDOT y 15 de 37 (41%) en el grupo del SOC había suprimido la carga viral. Los participantes de MDOT tenían más probabilidades de lograr la supresión de CVP (odds ratio, 2.16; 95% Intervalo de Confianza: 1.0–4.7). III) Berger et al.⁶⁶, definieron la adherencia operacionalmente como el porcentaje de comprimidos tomados según lo prescrito en los últimos tres días. Estos autores hallaron que la adherencia se correlacionó significativamente con la subescala somática-afectivo [$r(61) = 0,3$; $p = 0,016$] pero no con la subescala cognitiva [$r(61) = 0,18$; $p = 0,153$], del BDI. IV) El otro trabajo fue el de Owen-Smith et al.⁷² Según estos autores las mujeres que usan CAM (Impulsores inmunidad o vitaminas), en relación con los usuarios no-CAM, fueron de 1,69 veces más propensos a informar que faltan dosis de TARGA en los últimos 30 días (IC: 1.02- 0.80, $p = 0.041$), incluso después de ajustar por edad, educación, la raza, la religión y los ingresos.

Tabla 2. Porcentajes de adherencia según Diseño y Grupos Variables independientes. 1996-2009.

	Síntomas Clínicos- Trastornos Emocionales	Procesos Cognitivos- Conductuales	Factores Sociales	Creencias acerca de la Enfermedad- Estigma	Aspectos Secundarios del Tratamiento	Uso de Tratamientos Alternativos	Uso indebido de Drogas	Intervención de Programas de Apoyo
Ensayo Controlado Aleatorizado		Parsons, 2007 ⁷³ 84,4 Johnson, 2009 ⁵⁸ 80 Di Iorio, 2008 ⁶³ 64 -55 Westling, 2007 ⁷¹ 39 Contardo, 2009 ⁵⁶ 23 Macalino, 2007 ⁷⁰ ↑Adh Parsons, 2007 ⁶⁷ ↑ Adh						Koenig, 2008 ⁶⁴ 46,7
Estudios Longitudinales	Pinaki, 2006 ⁸⁰ 94 Berger, 2009 ⁶⁶ SD↔adh			Waite, 2008 ⁶² 70		Owen-Smith 2007 ⁷² CAM ↓Adh	Marquez, 2009 ⁵⁷ 87-73	Abaasa, 2008 ⁷⁷ 78
Estudios Tranversales	Vranceanu, 2008 ⁶⁵ 73 Berg, 2009 ⁶⁰ 73	Reinhard, 2007 ⁷⁴ 81-54 Vyavaharkar, 2007 ⁶⁹ 70	Royal, 2009 ⁵⁹ 94 Kidder, 007 ⁶⁸ <70	Sayles, 2007 ⁷⁵ 42,5 Girón, 2007 ⁷⁶ 89,9 Clark, 2008 ⁶¹ 83	Tessema, 2007 ⁷⁹ 83 Naik, 2009 ⁷⁸ 75			

5. DISCUSIÓN

Se identificaron 25 trabajos científicos que evaluaron la adherencia a TARGA en función de diferentes variables o factores de asociación. Al mismo tiempo se relevaron los métodos de medición utilizados, tipos de diseño, puntos de corte y los valores de adherencia alcanzados. La pluralidad de aspectos considerados como factores asociados a la adherencia a TARGA en los trabajos analizados da cuenta de la compleja multicausalidad que interviene en la asunción de conductas adherentes a este tipo de tratamientos. La mayoría de los trabajos confirmaron sus hipótesis implícitas de trabajo, ya sea en los estudios que implementaron estrategias de intervención cognitivo-conductuales, como en aquellos otros que evaluaron factores clínicos físicos o emocionales, cognitivos, conductuales o sociales.

En tal sentido, se reconocieron como barreras u obstáculos para la obtención de niveles óptimos de adherencia: dolencias o malestares físicos o emocionales (depresión, estrés), dificultades en el acceso a los servicios de salud y/o a los tratamientos, ser usuario de drogas o abuso de alcohol, condiciones sociales desfavorables, creencias negativas acerca de la enfermedad y efectos no deseados secundarios a los tratamientos. Dichos factores frecuentemente no se presentan en forma aislada, sino que por el contrario suelen combinarse en un conjunto multicausal sostenido por condiciones culturales, sociales y económicas adversas que dificulta las acciones dirigidas tanto a la mejora en la calidad de vida de los pacientes, como al control de la epidemia. Por otro lado, en esta revisión pueden identificarse como factores de protección asociados a mejores porcentajes de adherencia, un mayor conocimiento sobre las características de la enfermedad, el apoyo dirigido al atención y provisión de medicamentos, lograr mayores niveles de comprensión del sentido la enfermedad y la adherencia y contar con capacidades cognitivas específicas.

Si bien, coincidentemente con los resultados de otras investigaciones, puede observarse una tendencia entre los estudios que utilizaron el sistema de autorreporte a obtener valores de adherencia más elevados en comparación con otros métodos, no es conveniente realizar ninguna conclusión en este sentido debido a que el número de trabajos que recurrieron al MEMs Caps o conteo de pastillas es bajo (solo siete en total).

En ninguno de los estudios se alcanzaron los niveles óptimos de adherencia definidos previamente por los propios autores. Solamente en dos trabajos se encontraron valores cercanos a dicho límite. En ambos estudios el valor fue de 94 %, un porcentaje por debajo de una adherencia clínicamente conveniente. Uno es el estudio de Royal et al.⁵⁹ quienes trabajaron con una población enrolada en un ensayo controlado aleatorio multi-sitio para investigar los efectos de proporcionar ayuda para obtener el alquiler de una vivienda a las PVVS que estaban sin hogar o en grave riesgo de quedarse sin hogar. Los datos de base de este análisis transversal fueron utilizados para examinar la asociación entre la adherencia al TARGA autoinformada y datos demográficos, la situación de vivienda, el acceso a la atención de la salud, el consumo de sustancias, y el riesgo de problemas de salud mental. Los autores

encontraron que para adherencia de dos días, 280 (78%) dadas por desaparecidas sin dosis prescrita (100% la adherencia), y adherencia de siete días, 291 (81%) informaron de la adherencia 90% o más. cumplimiento global fue del 89% durante dos días y 94% durante siete días. Posiblemente el marco de atención provisto por el programa que encuadra ese estudio favorece a una mejor adherencia. El otro estudio que encontró un nivel similar de adherencia, fue el trabajo de Pineki et al.⁸⁰ en un grupo de mujeres, considerando como variable independiente síntomas físicos y emocionales asociados al ciclo menstrual.

El agrupamiento de los estudios según características comunes de las variables independientes que se realizó en esta revisión, responde a un intento de ordenarlos para lograr un análisis más accesible. Para llevarla a cabo se tuvo en cuenta la o las variables que los autores destacaron por sobre otros aspectos importantes del tratamiento. Lo cual significa que en muchos de los trabajos no se definió una única variable independiente como factor predictor de la adherencia. Sin embargo esta categorización, en sí misma arbitraria, presenta importantes limitaciones. La mayoría de los trabajos estudiaron la asociación de más de un factor vinculado a la adherencia buscando identificar cuál o cuáles de ellos alcanzan una mayor significación estadística. Si bien puede determinarse el peso de cada una de las variables para conocer cuál de ellas influye en mayor o menor grado sobre los niveles de adherencia, no deja de reconocerse el sustento multicausal que suelen definir las conductas de las personas, principalmente en aquellos aspectos que hacen al cuidado de su propia salud. Por otra parte, existirían otros aspectos los cuales a priori, podrían estar asociados a conductas adherentes, y que no han sido incluidos en los trabajos revisados. Con respecto a las características propias de las personas podrían considerarse otros cuadros patológicos distintos de la depresión o el estrés, como así también el estilo de personalidad, tipo de estructura psicológica (neurosis, borderline, psicosis), conductas adictivas distintas al consumo de drogas o alcohol, modo vincular predominante, etc. En relación a los aspectos sociales, sería importante considerar tanto las características del grupo primario de pertenencia, como el conjunto de las relaciones actuales en los diferentes ámbitos de desenvolvimiento de la persona.

Un sesgo importante en este trabajo es que la búsqueda se realizó únicamente de forma electrónica, es decir, no se recurrió a trabajos escritos o entrevistas. Sin embargo, la principal dificultad fue la obtención de material electrónico publicado en revistas indexadas que no fueran de acceso gratuito. De modo que gran parte del material bibliográfico debió ser conseguido indirectamente, lo cual limitó sensiblemente la cantidad de trabajos revisados.

Gran parte de la producción científica mundial se realiza en países del primer mundo. Consecuentemente, los artículos incluidos en esta revisión, en su gran mayoría provienen de esta región. De esta forma, la información sobre el curso de la epidemia en países en vías de desarrollo o sub desarrollados, en los cuales la misma continúa en un permanente incremento, así como sobre su incidencia, su prevalencia, el acceso a los servicios de salud o a los tratamientos específicos, se encuentran restringida.

La media de adherencia encontrada entre los valores más altos de los 21 trabajos que consignaron este dato expresado en forma de porcentaje es de alrededor del 65 %; es decir, muy por debajo de los niveles óptimos. Si bien, como se ha referido anteriormente, existe un sesgo muestral para realizar inferencias generalizables, puede considerarse que este resultado refleja que aún existen importantes obstáculos para alcanzar los valores más adecuados. En tal razón, estos datos no hacen sino más que reafirmar la noción de que se debe, no solamente sostener, sino también reforzar todas aquellas tareas comprendidas en el marco de políticas sanitarias o programas de salud dedicados a la investigación, prevención y atención de la epidemia, a través de la disposición de los recursos necesarios, sean estos, humanos, de bienes o financieros.

Abordar el problema de la adherencia es transitar un vastísimo espacio literario, clínico y cultural. La propuesta de indagar sobre los aspectos psicosociales relacionados con la presencia de VIH buscando identificar variables predictoras, llevó a tener que incluir en el análisis aquellas dimensiones que remiten a las particularidades de las personas y que confieren características propias y distintivas de los demás. El espectro a recorrer se torna amplio en su variedad e inabarcable en su completa extensión. Intentar conjugar en un único discurso analítico las vertientes "psico" y "sociales" derivó en una constelación de datos de tan diferente naturaleza y concepción que dificultó la posibilidad de realizar una lectura integradora de la cual pudiera desprenderse definiciones concluyentes, ya sean sobre los sistemas de evaluación, sobre los puntos de corte adoptados y fundamentalmente, sobre los factores psicosociales predictores de adherencia.

La búsqueda de antecedentes en relación a el tema trabajado arrojó como resultado un número extenso de estudios científicos dedicados a esta temática, lo cual da cuenta del interés que despierta la problemática del sida en todos los sectores vinculados a ella, sean tanto del ámbito de la investigación, de la asistencia o de los propios afectados. Un dato importante que se desprende de este trabajo es que la variedad de factores llamados aspectos psicosociales, fue analizada en forma parcializada. Es decir, no se encontraron artículos en los cuales se llevara a cabo una integración a partir de la cual se pudieran alcanzar conclusiones a partir de las cuales se lograrán niveles altos de generalización.

Una dimensión que ha tenido una incidencia importante en los resultados obtenidos por los diferentes estudios fueron las poblaciones evaluadas. Las condiciones sociales, culturales y económicas que caracterizan a determinadas regiones le confieren rasgos particulares que limitan las posibilidades de extrapolación de los resultados. Las condiciones sociales ocupan una función determinante al momento de evaluar conductas adherentes, de forma tal que la posibilidad de comparar o la replicar las conclusiones a las que arriban los investigadores, a otras latitudes, se encuentra limitada. En tal sentido, es importante considerar las diferencias tanto culturales como las económicas, fundamentalmente estas últimas, entre los países del

llamado primer mundo con las del continente africano o ciertas regiones del Caribe, seriamente empobrecidas. Diferencia que continúan acentuándose progresivamente.

La variedad, tanto en la elección tanto de métodos de evaluación de adherencia (MEM Caps, Autorreporte, Conteo de pastillas) usados, como en los períodos considerados, revela la dificultad de implementar una uniformidad de criterios. Esta dificultad es resultado de la compleja interacción de variables que actúan sobre la adherencia. Al momento de llevar a cabo una evaluación de estas características, debe tenerse en cuenta cuál o cuáles van a ser los instrumentos de medición más adecuados según el criterio de los investigadores, considerando la viabilidad técnica o económica de los mismos. De este modo, se torna muy dificultoso encontrar una única metodología que reúna las condiciones suficientes para ser definida como la más completa o conveniente para uno uso universalmente generalizado. Consecuentemente, el mismo inconveniente se sostiene al intentar concluir en una definición de adherencia que aúne y dé cuenta de todos aquellos aspectos que conforman una conducta adherente y puedan llegar a predecirla.

La necesidad de lograr una sistematización en la recolección y análisis de los datos con el fin de obtener niveles adecuados de rigor científico, conlleva una restricción en la inclusión y apreciación de las variables intervinientes, particularmente en aquellas dimensiones que componen y definen tanto la estructura psicológica de una persona como su estilo de personalidad. El mandato discursivo biomédico hegemónico que continúa rigiendo las prácticas en salud, genera una tendencia al desconocimiento o desestimación de ciertos aspectos fundamentales y definitorios del quehacer y la experiencia de las personas. Esa posición se revela claramente cada vez que se practica una intervención, un diagnóstico o una praxis terapéutica, sin incluir, o incluyendo a medias, los rasgos, condiciones o características particulares de cada individuo.

Quien activamente recurre a un establecimiento de salud con el fin de obtener un diagnóstico o acceder a un tratamiento, cuenta con las nociones y posibilidades mínimas necesarias para implementar acciones de cuidado para por lo menos, consigo mismo. Un gran número de pacientes consultantes a los servicios de salud que requieren de un diagnóstico serológico para la infección de VIH, suelen estar medianamente informados sobre las vías de contagio y las formas de prevenirlo. Sin embargo, esta información usualmente se encuentra atravesada por fantasías, temores y prejuicios propios de una epidemia históricamente connotada catastróficamente a través de un sinnúmero de adjetivos de impronta fatalista y discriminadora. Lo llamativo es que muchas de estas personas, a pesar de estar debidamente informadas sobre los peligros de contagio de esta u otras enfermedades que se encuentran asociadas a ciertas conductas sexuales de riesgo o en el uso compartido de agujas hipodérmicas, incurren en dichas prácticas en forma recurrente, subvirtiendo cualquier tipo de actitud tendiente al mantenimiento de un estado saludable. Cabe interrogarse sobre las causas que determinan que algunas personas, (no pocas) se conduzcan conscientemente de forma tal que atenten contra sí mismas y contra su bienestar. Los seres humanos solemos desplegar

nuestro quehacer en un continuo oscilamiento entre aquellas cosas que deseamos, las que podemos y las que creemos que debemos realizar. Alcanzar un funcionamiento equilibrado y constante entre esas tres dimensiones de la experiencia humana, puede llevar toda una vida de aprendizaje y dedicación consistente. A pesar de eso, no es extraño encontrar personas "sanas, serias y responsables" practicando hábitos dañosos para su salud o la de los demás, por ej. Abuso de alcohol, adicciones varias distintas de drogas, excesos o déficit alimentarios, etc. Cualquiera de estas conductas autoagresivas pueden ser detectada en muchos de nuestros ciudadanos responsables. Lo que define que una comunidad sea sana es que entre la mayoría de sus integrantes prevalezcan conductas de protección, de cuidado, para cada uno de ellos y para el conjunto. Ahora bien, ¿qué sucede en aquellos individuos en los cuales el equilibrio de su integridad biopsicosocial se encuentra amenazado o desestabilizado como consecuencia de daños conscientemente autoinflingidos?. Muchos de los pacientes consultantes a los servicios de salud son drogadictos, promiscuos o violentos a pesar de conocer los riesgos para su salud y la de terceros, que conllevan esas conductas. Evidentemente son personas que no han podido establecer consistentemente los hábitos de cuidado necesarios para que su salud no se encuentre resentida. Parte de este grupo lo componen personas infectadas con el VIH, en el cual el desconocimiento sobre la enfermedad no formó parte de la multicausalidad que derivó en ese estado de infección. El establecimiento de conductas cuidadosas, saludables, remite a niveles de organización psíquica interna, a partir del cual es posible instituir un orden y capacidades tendientes al registro de la realidad circundante que posibilite la distinción clara, aunque no siempre inequívoca, de lo bueno y lo malo con respecto a su salud.

Las estructuras psíquicas llamadas "Limítrofes" (borderline) se caracterizan por presentar impulsividad e impredecibilidad del comportamiento, ("conducta impulsiva autodestructiva"), falta de control emocional, inestabilidad afectiva. Se desplazan desde un humor normal hasta a la depresión, irritabilidad o ansiedad de modo que existe un alto potencial para actos de daño físico y conductas suicidas. Entre este grupo de personas puede encontrarse conductas adictivas o promiscuas. Claramente son individuos a quienes se les puede dificultar seriamente la implementación de conductas de cuidado. Esa dificultad no sería consecuencia de falta de información sobre las posibles consecuencias negativas de determinadas acciones, sino porque la dinámica de su propia estructura psíquica conlleva la desestimación de ciertos límites.

El sostenimiento de un tratamiento farmacológico por un tiempo indeterminado, y que deba ser llevado atendiendo pautas claras en su administración, como es el caso de TARGA, requiere para que pueda hacerse efectivo en estas condiciones, de ciertas capacidades personales con las cuales las estructuras limítrofes no cuentan. Por tal razón es de suma importancia al momento de indicar un tratamiento antirretroviral conocer si la persona que debe comenzar lo posee una estructura psíquica que le permita realizar todas aquellas acciones tendientes al cuidado de sí misma, a pesar de los obstáculos que se puedan presentar (efectos secundarios). Pretender, por parte del equipo de salud que una persona que adquirió el VIH u

otra enfermedad como resultado de conductas de riesgo a pesar de conocer la posibilidad de padecer consecuencias negativas para su propia salud, pueda llevar a cabo exitosamente un tratamiento crónico, a partir de la sola indicación del mismo por parte de su médico, revela cierta desconsideración de la compleja composición de la esfera mental.

Un párrafo aparte merece el concepto de Resiliencia. El mismo es definido de la siguiente manera:

“Es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”. (Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2001).⁸⁴

De tal modo la resiliencia puede ser entendida como un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva de las personas en contextos adversos. Es la capacidad que posee un individuo frente a las adversidades, con perseverancia, tenacidad, actitud positiva y acciones que permiten avanzar y resolver exitosamente situaciones dificultosas⁸².

Este concepto remite al conjunto de capacidades que ayudan tanto a una persona a sobreponerse a situaciones angustiosas, como puede ser el diagnóstico de VIH, como poder implementar conductas tendientes a lograr el equilibrio emocional necesario para llevar a cabo conductas de cuidado adecuadas, tales como relaciones sexuales seguras y la realización de un tratamiento farmacológico en forma correcta⁸³.

A partir de los datos recabados a través de esta revisión sistemática, se propone un formato de protocolo destinado a la identificación de posibles obstáculos y condiciones adecuadas tendientes a la mejora de los niveles de adherencia al momento del comienzo del TARGA (Anexo 1).

Además se anexa un cuestionario de evaluación de la adherencia que, según la información evaluada durante este trabajo, se considera el más adecuado. (Anexo 2)

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. World Health Report 2004. Changing history. Geneva, World Health Organization, 2004.
2. Owing Mills,MD. Dictionary of health services management, 2nd ed., National Health Publishing, 1982.
3. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. OMS. 2005.
4. Haynes RB. et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2001, Issue 1.
5. Stone V. Strategies for optimizing adherence to highly active antiretroviral therapy: Lessons from research and clinical practice. Clinical Infectious Diseases, 2001, 33:865–872.
6. Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action. Geneva, World Health Organization, 2002
7. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
8. Rand CS.Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. American Journal of Cardiology, 1993, 72:68D–74D.
9. Yatch, Hawkes, et al. The Global Burden of Chronic Disease. JAMA, June 2, 2004—Vol 291, No. 21
10. WHO. ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES. Evidence for action. 2004.
11. Nogués et al. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento.. [0212–7199 (2007) 24: 3; pp 138–141] Vol. 24, N.º 3, 2007
12. Véronique Demarbre. Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. Anuario de Psicología. 1994, no 61, 71–77

13 Lerner BH, Gulick RM, Dubler NN. Rethinking nonadherence: historical perspectives on triple-drug therapy for HIV disease. *Annals of Internal Medicine*, 1998, 129:573-578.

14. Zhang L et al. Quantifying residual HIV-1 replication in patients receiving combination antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 1999, 340:1605-1613.

15. Miller NH. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *American Journal of Medicine*, 1997, 102:43-49.

16. [http://www.who.int/chp/en/Chronic Diseases](http://www.who.int/chp/en/Chronic_Diseases).

17. Arrizabalaga, Jon. Las «enfermedades emergentes» en las postrimerías del siglo XX: El sida. Jon. Dpto. de Historia de la Ciencia (IMF-CSIC). Barcelona. <jonarri@bicat.csic.es> *Política y Sociedad*, 35 (2000), Madrid (pp. 93-100)

18. Garret, Laurie (1995): *The coming plague. Newly emerging diseases in a world out of balance*, Londres, Virago Press.

19. World Health Organization. *Preventive Chronic Disease: A Vital Investment*. WHO Global Report. 2005.

20. Reza et al. Epidemiology of violent deaths in the world. *Inj Prev* 2001;7:104-111.

21. Aids Infonet.org. Info Red SIDA. SIDA: MITOS Y MALENTENDIDOS. Pág. 158. 2009

22. Acidi. Alto comisiariado para imigraçãõ e diálogo intercultural SIDA: Inmigrantes e minorías étnicas tem difícil acceso a tratamentos. 9 de abril 2007.

23. Bangsberg DR et al. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS*, 2000, 14:357-366.

24. Paterson DL et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 2000, 133:21-30.

25. Boden D et al. HIV-1 drug resistance in newly infected individuals. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1135-1141.
26. Little SJ et al. Antiretroviral drug susceptibility and response to initial therapy among recently HIV-infected subjects in North America. In: *Program and Abstracts of the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Alexandria,VA, Foundation for Retrovirology and Human Health, 2001:273.
27. Sumartojo E. When tuberculosis treatment fails.A social behavioral account of patient adherence. *American Review of Respiratory Disease*, 1993, 147:1311-1320.
28. Voelker R. HIV drug resistance. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 284:169.
29. Miller NH. Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases. *American Journal of Medicine*, 1997, 102:43-49.
30. Gao X, Nau DP. Congruence of three self-report measures of medication adherence among HIV patients. *Annals of Pharmacotherapy*, 2000, 34:1117-1122.
31. Waterhouse DM et al. Adherence to oral tamoxifen: a comparison of patient self-report, pill counts, and microelectronic monitoring. *Journal of Clinical Oncology*, 1993, 11:1189-1197.
32. Rand CS et al. Metered-dose inhaler adherence in a clinical trial. *American Review of Respiratory Disease*, 1992, 146:1559-1564.
33. Haynes RB,McKibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet*, 1996, 348:383-386.
34. Wagner GJ, Rabkin JG. Measuring medication adherence: are missed doses reported more accurately than perfect adherence? *AIDS Care*, 2000, 12:405-408.

35. Du Pasquier–Fediaevsky L, Tubiana–Rufi N. Discordance between physician and adolescent assessments of adherence to treatment: influence of HbA1c level. *Diabetes Care*, 2002, 22:1445–1449.
36. Gilbert JR et al. Predicting compliance with a regimen of digoxin therapy in family practice. *Canadian Medical Association*, 1980, 123:119–122.
37. Chesney MA. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 2000, 30:S171–176.
38. Bartlett J, DeMasi R, Quinn J, Moxham C, Rousseau F. Correlation between antiretroviral pill burden and durability of virologic response: a systematic overview. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; 9–14 July, 2000; Durban, South Africa. Abstract ThPeB4998.
39. Kaul DR et al. HIV protease inhibitors: advances in therapy and adverse reactions, including metabolic complications. *Pharmacotherapy*, 1999, 19:281–298.
40. Eldred LJ et al. Adherence to antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1998, 18:117–125.
41. Greenberg RN. Overview of patient compliance with medication dosing: a literature review. *Clinical Therapeutics*, 1984, 6:592–599.
42. Wenger N et al. Patient characteristics and attitudes associated with antiretroviral (AR) adherence. Abstract No.98. Presented at the VI Conference on retrovirus and opportunistic infections. Washington DC, 1999.
43. Stone VE et al. HIV/AIDS patient's perspectives on adhering to regimens containing protease inhibitors. *Journal of General Internal Medicine*, 1998, 13:586–593.
44. Mocroft A et al. Reasons for modification and discontinuation of antiretrovirals: results from a single treatment centre. *AIDS*, 2001, 15:185–194.

45. D'Arminio A et al. Insights into the reasons for discontinuation of the first highly active antiretroviral therapy (TARGA) regimen in a cohort of antiretroviral naïve patients. *AIDS*, 2000, 14:499-507.
46. Catz SL et al. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 2000, 19:124-133.
47. Duran S et al. Self-reported symptoms after initiation of a protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to TARGA. *HIV Clinical Trials*, 2001, 2:38-45.
48. Graham NM. Metabolic disorders among HIV-infected patients treated with protease inhibitors: a review. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 25:S4-S11.
49. Mauss S. HIV-associated lipodystrophy syndrome. *AIDS*, 2000, 14:S197-S207.
50. Carr A et al. A syndrome of peripheral lipodystrophy, hyperlipidaemia and insulin resistance in patients receiving HIV protease inhibitors. *AIDS*, 1998, 12:F51-F58.
51. Mynarcik DC et al. Association of severe insulin resistance with both loss of limb fat and elevated serum tumor necrosis factor receptor levels in HIV lipodystrophy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2000, 25:312-321.
52. Sturm et al. The relevance of comorbidities for heart failure treatment in primary care: A European survey. *The European Journal of Heart Failure* 8 (2006) 31 - 37.
53. Jeffrey, H. Et al. Alcohol Consumption and Antiretroviral Adherence Among HIV-Infected Persons With Alcohol Problems. *ALCOHOLISM: CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH* Vol. 28, No. 4 April 2004
54. Gallo Robert C. Virus hunting. *AIDS, Cáncer, and the human retrovirus: A story of scientific discovery*. Nueva York, A new Republic Book / BasicBooks. 1991.

55. Lozano, Juan. Acta Med Colomb. vol. 30 n° 1. About ducks, geese and swans. stories reviews, systematic reviews and meta-analysis of the literature. Bogotá, d.c. 2005
56. Contardo et al., Relationship of Prospective Memory to Neuropsychological Function and Antiretroviral Adherence . Archives of Clinical Neuropsychology 24 (2009) 547-554.
57. Marquez, C. Methamphetamine use, sexual activity, patient provider communication, and medication adherence among HIV-infected patients in care, San Francisco 2004 2006. AIDS Care. Vol. 21, No. 5, May 2009, 575 582.
58. Johnson, C. Adherence to antiretroviral medication in older adults living with HIV/AIDS: a comparison of alternative models. AIDS Care Vol. 21, No. 5, May 2009, 541 551
59. Royal, S. Factors associated with adherence to highly active antiretroviral therapy in homeless or unstably housed adults living with HIV. AIDS Care Vol. 21, No. 4, April 2009, 448 455.
60. Berg, K. Self-efficacy and depression as mediators of the relationship between pain and antiretroviral adherence. AIDS Care. Vol. 21, No. 2, February 2009, 244 248.
61. Clark. A. Conspiracy Beliefs about HIV Infection Are Common But Not Associated with Delayed Diagnosis or Adherence to Care. AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 22, Number 9, 2008
62. Waite, K. Literacy, Social Stigma, and HIV Medication Adherence. J Gen Intern Med 23(9):1367-72. 2008.
63. Di Iorio, C. Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A randomized controlled study. AIDS Care, March 2008; 20(3): 273-283.
64. Koenig, L. Randomized Controlled Trial of an Intervention to Prevent Adherence Failure Among HIV-Infected Patients Initiating Antiretroviral Therapy. Health Psychology 2008, Vol. 27, No. 2, 159-169.

65. Vranceanu, A. The Relationship of Post-traumatic Stress Disorder and Depression to Antiretroviral Medication Adherence in Persons with HIV. AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 22, Number 4, 2008.
66. Berger-Greenstein, J. Major Depression in Patients with HIV/AIDS and Substance Abuse. AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 21, Number 12, 2007.
67. Parsons, J. Motivational Interviewing and Cognitive-Behavioral Intervention to Improve HIV Medication Adherence Among Hazardous Drinkers: A Randomized Controlled Trial. J Acquir Immune Defic Syndr. 2007 December 1; 46(4): 443-450.
68. Kidder, D. Health Status, Health Care Use, Medication Use, and Medication Adherence Among Homeless and Housed People Living With HIV/AIDS. Am J Public Health. 2007;97: 2238-2245.
69. Vyavaharkar, M. Social Support, Coping, and Medication Adherence Among HIV-Positive Women with Depression Living in Rural Areas of the Southeastern United States. AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 21, Number 9, 2007.
70. Macalino, G. A randomized clinical trial of community-based directly observed therapy as an adherence intervention for TARGA among substance user. AIDS 2007, 21:1473-1477.
71. Westling, E. Discovery of Meaning and Adherence to Medications in HIVinfected Women. Journal of Health Psychology, Vol 12(4) 627-635.
72. Owen-Smith, A. Complementary and alternative medicine use decreases adherence to TARGA in HIV-positive women. AIDS Care, May 2007; 19(5): 589-593.
73. Parsons, J. Medication Adherence Mediates the Relationship between Adherence Self-efficacy and Biological Assessments of HIV Health among those with Alcohol Use Disorders. AIDS Behav (2008) 12:95-103.
74. Reinhard, M. Discrepancies Between Self-Report and Objective Measures for Stimulant Drug Use in HIV: Cognitive, Medication Adherence and Psychological Correlates. Addict Behav. 2007 December ; 32(12): 2727-2736..

75. Sayles, J. The Association of Stigma with Self-Reported Access to Medical Care and Antiretroviral Therapy Adherence in Persons Living with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 24(10):1101-8.
76. Girón, V. Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA sobre los servicios de salud y el tratamiento antirretroviral de gran actividad: un estudio transversal en cinco ciudades del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2007; 24(3).
77. Abaasa, A. A prospective, observacional cohort study to elicit adverse effects of entiretroviral agents in a remote resourde-restricted tribal population of Chhattisgarh. *BMC Health Services Research* 2008, 8:241.
78. Naik, C. Cost of treatment: The single biggest obstacle to HIV/AIDS tratment adherence in lower- middle class patient in Mumbai, India. *Indian J. sex Transmision Dis & AIDS* 2009; Vol. 30, No. 1.
79. Teseema, B. Magnitude and determinants of nonadherence and nonreadiness to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Northwest Ethiopia: a cross - sectional study. *AIDS Research and Therapy* 2010, 7:2.
80. Pinaki, N. Symptom Exacerbation and Adherence to Antiretroviral Therapy During the Menstrual Cycle: A Pilot Study. Hindawi Publishing Corporation *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology* Volume 2006, Article ID 14869, Pages 1-4.
81. Tafur-Valderrama E, Alfaro CO, García-Jimenz E, Faus MJ. Adaptación del "Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral" (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *Ars Pharm* 2008; 49 (3): 183-198.
82. Fores, A, Grane J. *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona. Plataforma Editorial. 2008
83. Vera Poseck, B. Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva. *Revista de Psicología Positiva*, 2004. vol. 1.
84. Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2001). *La resiliencia: estado de la cuestión. La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, 2003

Anexo I. Plantilla de Factores asociados a la adherencia a TARGA

Factores Sociales:

- Acceso a los Servicios de Salud: Diagnóstico, tratamiento.
- Acceso a la medicación
- Condiciones saludables: vivienda, alimentación,

Grupos de apoyo:

- Participación de la familia u otras
- Redes de apoyo
- Grupo de pares (otras PVVS)

Síntomas Clínicos / Trastornos Emocionales:

- Enfermedades físicas
- Dolor
- Psicosis
- Personalidad limítrofe
- Neurosis Severas
- Depresión
- Estrés

Procesos cognitivos:

- Creencias acerca de la enfermedad
- Percepción sobre sí mismo
- Memoria
- Motivación
- Modelos de afrontamiento al estrés
- Resiliencia

Conductas de Riesgo:

- Adicciones
- Conductas sexuales de riesgo

Anexo II. Cuestionario de Adherencia⁸¹

Código: <i>Code:</i>		Año de diagnóstico: <i>Year of diagnose</i>	Tiempo de tratamiento: <i>Time of therapy:</i>					
Edad: <i>Age:</i>	Género: <i>Gender:</i>	Fecha: <i>Date:</i>						
Durante la última semana: <i>On the last week:</i>			Siempre <i>Always</i>	Más de la mitad de las veces <i>Over half the time</i>	Aproximadamente la mitad de las veces <i>Approximately half the time</i>	Alguna Vez <i>Sometimes</i>	En ninguna Ocasión <i>Never</i>	
1	¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión? <i>Have you stopped taking the medication sometime?</i>							
2	Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos? <i>If sometime you have felt better, have you stopped taking the medication?</i>							
3	Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarlos? <i>If sometime after taking your medication you have found yourself worse, have you stopped taking the medication?</i>							
4	Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar los medicamentos? <i>If sometime you have found yourself sad or depressed, Have you stopped taking the medication?</i>							

5. ¿Recuerda qué Medicamentos esta tomando en este momento?
5. Do you remember which medication are you taking at this moment?

6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?
6. How you would qualify the relationship that you have with your physician?

Mala <i>Bad</i>	Algo mala <i>Somewhat bad</i>	Regular <i>Neither bad nor good</i>	Mejorable <i>Somewhat good</i>	Buena <i>Good</i>
--------------------	----------------------------------	--	-----------------------------------	----------------------

		Nada <i>Nothing</i>	Poco <i>A little</i>	Regular <i>Neither nothing nor much</i>	Bastante <i>somewhat much</i>	Mucho <i>Too much</i>
7	¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento? <i>How much effort is for you to continue with the treatment?</i>					
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales? <i>How do you evaluate the information that you have about the antiretrovirals?</i>					
9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales? <i>How do you evaluate the benefits that the antiretrovirals can brought to you?</i>					
10	¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales? <i>Do you consider that your health has gotten better since you began to take the antiretrovirals?</i>					
11	¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento? <i>How far do you feel capable to continue with the treatment?</i>					
		Nunca <i>Never</i>	Alguna vez <i>Sometimes</i>	Aproximadamente la mitad de las veces <i>Approximately half the time</i>	Bastantes veces <i>Very often</i>	Siempre <i>Always</i>
12	¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta? <i>Do you use to take the medications at the correct time?</i>					
13	Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante? <i>When the results in the analyses are good the doctor uses them to cheer you and to keep on forward?</i>					

14	¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales? <i>How do you feel in general since you have begun to take antiretrovirals?</i>	Muy insatisfecho <i>Strongly unsatisfied</i>	Insatisfecho <i>unsatisfied</i>	Indiferente <i>Neither satisfied nor unsatisfied</i>	Satisfecho <i>satisfied</i>	Muy satisfecho <i>Strongly satisfied</i>
15	¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales? <i>How would you qualify the intensity of side effects related to the overtaking of antiretrovirals?</i>	Muy intensos <i>Strongly intense</i>	Intensos <i>Intense</i>	Medianamente intensos <i>Neither satisfied nor unsatisfied</i>	Poco intensos <i>Somewhat intense</i>	Nada intensos <i>Nothing intense at all</i>
16	¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos? <i>How much time do you spent taking the medications?</i>	Mucho tiempo <i>Too much time</i>	Bastante tiempo <i>A lot of time</i>	Regular <i>average</i>	Poco tiempo <i>A little time</i>	Nada de tiempo <i>Nothing at all</i>
17	¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales? <i>How do you qualify yourself in respect of the antiretrovirals's overtaking?</i>	Nada cumplidor <i>Strongly non-adherent</i>	Poco cumplidor <i>Somewhat non-adherent</i>	Regular <i>Neither non-adherent nor adherent</i>	Bastante <i>Somewhat adherent</i>	Muy cumplidor <i>Strongly adherent</i>
18	¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos? <i>How much difficulty do you perceive when taking the medications?</i>	Mucha dificultad <i>Too much difficult</i>	Bastante dificultad <i>Rather difficult</i>	Regular <i>Average</i>	Poca dificultad <i>Little difficult</i>	Nada de dificultad <i>Nothing difficult at all</i>

		SÍ <i>yes</i>	NO <i>Not</i>
19	Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? <i>Since you are in treatment, Have your even stopped taking the medications one day/more than one?</i> [Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?] <i>If yes, How many days, approximately?</i>		
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? <i>Do you use any strategy to remember taking the medications?</i> ¿Cuál? <i>Which one?.....</i>		

	Período Estudio	Fuente	Fecha Publicación	País Origen	Muestra	Población	Sexo	Edad	Raza
10	NA	Contardo et al., 2009	Jul., 2009	Estados Unidos	97	18 a 65 años, abuso de sustancias, puntuación del examen de estado mental >23.	varones 58.8 %	Media 44,5 años. Rango 18-65 (SD = 7.5, rango 24-65)	Afro americanos 52 % Hispanos 28 % Caucásicos 17 % Nativos/aborígenes Alaska 2%
	2004 y 2006	Marquez et al., 2009	May., 2007	Estados Unidos	635	Pacientes ambulatorios del Hospital General de la Universidad de California, San Francisco (UCSF)	HSH 63 % Var. hetero 17 % Mujeres 19 % Transgénero 1 %	Mediana (IQR) 44 Rango (39- 50)	Blancos 54 % Afro Americanos 28 % Latinos 11 % Otros 7 %
14	NA	Johnson et al., 2009	May., 2009	Estados Unidos	244	>50 años. Organizaciones de Servicio de SIDA. Ohio y New York	Varones 70.9 %	M (SD) 55.5 (4.8). Mediana= 54. Rango= 50 -73	Afro Americanos, 49.2 % Blancos no-Hispanos 30.3 % Afro Americano, Hispano 7.8 % Hispano/Latino 6.6 % Nativo Americano 2.5 % Otros 3.7 %
15	Jul 2004 - May 2005	Royal et al., 2009	Abr., 2009	Estados Unidos	356	PVVS sin hogar o vivienda inestable. > 18 años. Bajos ingresos. Tomando tres antirretrovirales,	Varones 72%	18- 39 32,3 % > 40 67,7%	Negro o Afro Americano 77,3 % Otros 22,7 %
21	NA	Berg et al., 2009	Feb., 2009	Estados Unidos	70	Personas tomando metadona para la dependencia de opiáceos.	Varones %	Media = 46.	Hispanos 50 % Negros 43 % Otros 7 %
30	Mar.- Dec de 2005	Clark et al., 2008	Sep., 2008	Estados Unidos	113	Diagnóstico de VIH durante 3 años o menos. Excluidos < 18 años, ciego, demasiado enfermo para participar, déficit neurocognitivo	Varones %	18-29 24 % 30-39 28 % 40-49 35 % >50 13 %	Afro Americanos 41,5 %
36	Jun.- Set 2001	Waite et al., 2008	Jun. 2006	Estados Unidos	204	Pacientes consecutivos con VIH. Consultas externas de enfermedades infecciosas Hospital Northwestern Memorial y Universidad del Centro de Ciencias en Shreveport (LSUHSC).	Varones 79.9 %	< 40 58,8 % 40-50 28,4 % > 50 12,8 % Media= 40,1	Negros 53 % Otros o Razas múltiples 51 % Blancos 32 %
38	NA	Di Iorio et	Mar. 2008	Estados	347	Pacientes de HIV/AIDS consultante a una	Varones 65 %	Media (SD) 41 (6.9)	Afro Americano 89

Tabla 3. Características Demográficas de los Estudios Seleccionados, 1996-2009.

Tabla 3. Características Demográficas de los Estudios Seleccionados, 1996-2009. (Cont.)

ID	Estudio	Autor	Publicación	Origen	Muestra	Descripción	Sexo		Edad		Raza	
							Varones %	Mujeres %	Media	SD	Rango	Blancos %
53	2001-2004	Berger-Greenstein et al., 2007	2007	Estados Unidos	85	Abuso o dependencia de alcohol, drogas, o ambos y detectar criterios de por lo menos uno de los siguientes Ejes I o II del DSM IV: trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de adaptación, trastorno de personalidad límite o trastorno de personalidad antisocial. > 18 años	Varones 64,7 %		Media 41.3 SD 6.52 Rango 26-60		Afro Americano 50,6 % Caucásico/Europeo Amer. 24.7 % Latino/Hispano 20.0 % Otros 4.8 %	
55	Jul. 2002 - Ago 2005.	Parsons et al., 2007	Dic., 2007	Estados Unidos	143	Concurrentes a un centro de investigación sobre el comportamiento en Nueva York. consumo de riesgo. ≥18 años. 8 o superior en el Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).	Varones %	79	Media=43.6 SD= 6,9		Afro americanos 65.9 % Hispanos 17.5% Blancos 5.6% Otros 11.1%	
58	May 2000 - Dic 2003	Kidder et al., 2007	Dic , 2007	Estados Unidos	7925	Datos del Centers for Disease Control and Prevention's Supplement to HIV/AIDS Surveillance (SHAS) project de diecinueve sitios de vigilancia	Varones Sin hogar Alojados 77,6 % 71,9 % total 5714 (72 %)		Sin hogar Alojados 18-29 8,6 % 13,1 % 30-39 38,2 % 36,7 % 40-49 40,5 % 36,0 % >50 12,8 % 14,2 %		Sin Hogar Alojados Afro./Americ. 59,9 % 55,3 % Blancos 17,8 % 21,8 % Hispanos 19,7 % 19,3 %	
60	NA	Vyavaharkar et al., 2007	2007	Estados Unidos	224	Residencia en zona rural o una ciudad con una población inferior a 50.000, ≥ 18 años. Sin de demencia, Sin experiencia en consejería. Puntuación de 16 o más en la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).	Totalmente femenina		18-30 % 19,2 31-45 % 51,3 >45 % 29,0 Perdido 1 media 39,75 ([SD] 10,37)		Afro Americanos 81,7 % Otros 18,3 %	
65	2001 - 2004	Macalino et al., 2007	2007	Estados Unidos	87	Uso de sustancias activas (heroína/cocaína en los últimos 6 meses, uso de otras drogas en cuatro o más de los últimos 7 días), abuso de alcohol (una respuesta positiva en el cuestionario CAGE de detección de alcohol y la frecuencia o cantidad de bebidas) y la falta de resistencia genotípica a un régimen de una vez al día.	Varones MDOT (n=44) 61% SOC (n=43) 79%		Media = 42,4 SD= 7,1		Blancos 31% Negros 30% Hispanos 24% Otros 15%	
66	NA	Westling et al., 2007	2007	Estados Unidos	41	Las mujeres en terapia de combinación para el VIH en cita médica de rutina en una clínica de salud que atienden a mujeres de bajos ingresos en el área de Los Ángeles	Totalmente femenina		Media = 40,85 Rango = 26 - 57 SD = 7,44		Afro-Americanas 58 % Latina 53,2 % Caucásicos 8 % Nativos Americanos 2 %	

Tabla 3. Características Demográficas de los Estudios Seleccionados, 1996-2009. (Cont.)

	Período Estudio	Fuente	Fecha Publicación	País Origen	Muestra	Población	Sexo	Edad	Raza
68	NA	Owen-Smith et al., 2007	May. -2007	Estados Unidos	366	Entre 18 y 50 años. Oriundas en Alabama y Georgia, Inscriptas en una intervención para reducir los comportamientos sexuales de alto riesgo,	Totalmente femenina	< 35 % 48,6 ≥ 35 % 51,4	Afro-Americanos 84,2 % Otros 15,8 %
69	2008	Parsons et al., 2007	2008	Estados Unidos	275	> 18 años, puntuación de ocho o más en la Prueba de Identificación de Trastorno por Consumo de Alcohol. (AUDIT)	Varones 76.7%,	Media 43,7 (SD = 7.25) rango=26 a 66.	Afro Americano 55.6% Latino/a. 23.7%
70	NA	Reinhard et al., 2007	Dic., 2007	Estados Unidos	162	Étnicamente diversos, habitantes de viviendas comunitarias, reclutados como parte de un estudio de la adherencia a la medicación antirretroviral.	Varones 83%	Media 41,3	Afro Americanos 63 % Blancos 16 % Hispanos 12 % Asiáticos/Islands del Pacífico 4 % Multirracial 4 %
174	2007	Sayles et al., 2007	Ago., 2009	Estados Unidos	202	PVVS que viven en Los Ángeles, reclutados mediante folletos escritos en las clínicas de enfermedades infecciosas en dos universidades afiliadas centros médicos	varones 49,5 % Mujeres 49,0 % Trasngénero 1,5 %	18-35 % 20,0 36-49 % 54,0 >50 % 26,0	Afro Americanos 56 % Blancos 28 % Latino/a 10 % Otros 6 %
L	Ene - Mar 2007	Girón et al., 2007	2007	Perú	488	Enrolados por conveniencia en forma sucesiva hasta alcanzar el tamaño muestral	Varones 64,75 % Mujeres 27,5 % Transgénero 7,8 %	Media 34,9 +/- 8,7 Rango 18 - 70 años	NA
C	May. 2004 - Dic. 2006	Abaasa et al., 2008	Nov., 2008	Uganda	897	Pacientes que iniciaron TARGA en la clínica TASSO, Kampala.	Varones 74,8 %	< 35 % 33,5 ≥ 35 % 66,5	NA
E	NA	Naik et al., 2009	2009	Estados Unidos	152	King Edward Memorial, Mumbai, India. Muestra randomizada. Actualmente con HAART por un mínimo de 6 meses. 18- 64 años	Varones 73 %	Media 42,2	NA
F	Jul.- Set. 2008	Tessema, Belay et al., 2007	2007	Etiopía	504	Adultos ambulatorios consecutivos que recibían tratamiento antirretroviral al menos durante tres meses. Hospital Felege Hiwot. Noroeste de Etiopía.	Varones 38,5 %	18 - 24 % 7,7 25 - 34 % 39,1 35 - 44 % 38,1 45 - 54 % 12,1 ≥ 55 % 3,0	NA
I	NA	Pinaki et al., 2006	2006	Estados Unidos	54	Mujeres que actualmente experimentan ciclos menstruales, tenían teléfono. indigentes o que son elegibles para Medicaid.	Totalmente femenina	Media 36,9	Afro Americanos 75,0 % Hispanos 18,5 % Anglosajones 5,5 %

Tabla 4. Niveles de Adherencia de los Estudios Seleccionados. 1996-2009.

	Fuente	Tipo de Diseño	Variable Independiente	Instrumento de Medida Adherencia	Pto. de Corte Adherencia	Periodo de Evaluación	N° de Adherentes	Adherencia Observada
10	Contardo et al., 2009	Ensayo Controlado Aleatorizado	Prueba para la Detección de la Memoria de Intenciones. Memory for intentions screening test (MIST).	MEMS caps.	95 %. Porcentaje de aberturas de botella prescrito	1 mes	correlación entre cada factor y adherencia F1 (MIST) F2 (MIST) F3 (HVLTL) F4 (Trails) 0,078 0,229 0,156 2,110	
12	Marquez et al., 2009	Cohorte Prospectiva (2004-06)	Uso metaanfetaminas	Autorreporte	Escala de cinco puntos. Falta de adherencia: medicación perdida una vez por semana o más.	1 semana	uso de la metanfetamina en los últimos cuatro semanas se asoció con baja adherencia (27 % vs. 13 %, p<0.05; PR 2,2, IC 95%: 1.3- 3.5)	
14	Johnson et al., 2009	Ensayo Controlado Aleatorizado	Modelo Personal de Estrés y Afrontamiento	Autorreporte. ACTG adherence questionnaire	≥ 95 %. Escala de 0 a 100.	1 semana	80 %. ≥95% ("All HIV Meds"-Todos los medicamentos contra el VIH). 83 % siguieron las instrucciones específicas en un ≥ 95% ("Instructions") Tiempo desde el diagnóstico se asoció con dos variables adherencia (r = 0,17, p < 0.01, "All HIV Meds"; r = 0,19, p < 0.01, "Instructions"). El Estrés y el modelo de afrontamiento con afecto negativo, median los efectos del apoyo social y el afrontamiento mal adaptado en adherencia.	
15	Royal et al., 2009	Estudio Transversal	Situación de calle. Salud mental, Estrés, Depresión. Edad. Usuarios de drogas.	Autorreporte	2 días. 100 % 7 días 90 %	2 días y 7 días	Puntuación más baja en la escala resumen SF-36 del componente mental y tener un mayor riesgo de depresión (CES-D) y tensión (Escala de estrés percibido) se asociaron con una peor adherencia para los resultados de dos y siete días.	89% durante dos días y 94% durante siete días.
21	Berg et al., 2009	Estudio Transversal	Síntomas Severos de Depresión. Dolor	Autorreporte	95% de los medicamentos en los últimos 7 días	1 semana	Los participantes que informaron dolor fueron 87 % menos probable de ser clasificado como adherente en comparación con aquellos sin dolor (sin ajustar OR: 0,13, IC 95%: 0,03 0,52), la adherencia auto-eficaz como un mediador parcial de la relación entre el dolor y la adherencia antirretroviral.	73 %
30	Clark et al., 2008	Estudio Transversal (2005)	Creencias de Conspiración acerca de la infección por VIH	Conteo pastillas	escala analógica visual	No especificado	83 % pacientes con cualquier creencia de conspiración, 87 % pacientes sin creencias de conspiración.	
36	Waite et al., 2008	Cohorte Prospectiva (2001)	Alfabetización y Estigma Social	Autorreporte	Patient Medication Adherence Questionnaire (PMAQ). No adherencia: pérdida de una dosis	4 días	30,4% < 100% de adherencia 31,4% niveles marginales (séptimo-octavo grado) o bajo nivel de alfabetización (≤ 6 ° gr). bajo nivel de alfabetización → 3,3 veces más probabilidades de ser no-adherente estigma social percibido media la relación entre la alfabetización y la adherencia	

Tabla 4. Niveles de Adherencia de los Estudios Seleccionados. 1996-2009. (Cont.)

		Diseño		Medida Adherencia	Adherencia	Evaluación	N° de Adherentes	Adherencia Observada
38	Di Iorio et al., 2008	Ensayo Controlado Aleatorizado	Entrevistas Motivacionales Dirigidas	MEMS Caps. dos tasas: número de dosis prescritas por día y el número de aperturas de la tapa por día	1 dosis perdida.	períodos de 1, 3, 6 y 12 meses	Intervención: más alta media porcentual de dosis prescritas tomadas y mayor dosis tomadas según el esquema al compararlos con el grupo control	Intervención 64 % Control 55 %
43	Koenig et al., 2008	Ensayo Controlado Aleatorizado (1999-2002)	Intervención de Apoyo Social Multicomponente	MEMS Caps	90% electrónicamente monitoreados	3 y 6 meses	Los participantes sujetos a la intervención presentaron mayor probabilidad para acceder a la atención clínica durante los 6 meses iniciales que el grupo control y en general mostraron mejor adherencia.	HEART 40,15 % Control 27,59 %.
46	Vranceanu et al., 2008	Estudio Transversal (2002-05)	Depresión y Trastorno por Estrés Pos-Traumático (PTSD)	MEMS Caps	Tres medidas: 1) minutos sin cubrir x día. 2) dosis correcta. 3) número de días correcto	1 día	La puntuación de TSPT y depresión continua fue significativamente e inversamente predictora de adherencia a la cART	72,9 %
53	Berger-Greenstein et al., 2007	Cohorte Prospectiva (2001-04)	Síntomas de Trastorno Depresivo y Distimia	Autorreporte	porcentaje de comprimidos tomados según lo prescrito	3 días	La adherencia se correlacionó significativamente con la subescala somática-afectivo [r (61) = 0,3; p = 0,016] pero no con la subescala cognitiva [r (61) = 0,18; p = 0,153] del BDI	NA
55	Parsons et al., 2007	Ensayo Controlado Aleatorizado (2002-05)	Entrevista Motivacional y Desarrollo de Habilidades Cognitivo Conductuales	Autorreporte	un día adherente. Ninguna dosis programada perdida.	14 días	Intervención: disminución significativa de la carga viral y el aumento de recuento de células CD4 en los 3 meses de seguimiento y mejora significativamente	Intervención: adherencia mejoró 17,6% (SD=17,5%) media 6,9 % (SD=27,8%)
58	Kidder et al., 2007	Estudio Transversal (2000-03)	Condición de no tener hogar o vivir albergado	Autorreporte	No adherente: omisión de las dosis de cualquier medicamento	2 días	Sin hogar: > 30% perdieron las dosis en las últimas 48 horas, encuestados alojados: < 20%	
60	Vyavaharkar et al., 2007	Estudio Transversal	Estrategias de Afrontamiento y Rol de Apoyo Social	Autorreporte	Adult AIDS Clinical Trials Group al inicio de estudio	1 mes	disponibilidad de apoyo social (p= 0.01) y afrontamiento a través de actividades espirituales (p= 0,005), la gestión de la enfermedad del VIH (p =0,0001), el pensamiento positivo (p< 0,0001), centramiento en los demás (p <0.02), y centramiento en el presente (p= 0,0003), se correlacionaron negativamente con las razones de medicamentos perdidas	Adherentes =36,16% No adherentes=59,38%
65	Macalino et al., 2007	Ensayo Controlado Aleatorizado (2001-04)	Terapia directamente observada con base comunitaria modificada (MDOT)	Autorreporte	No adherencia pérdida de al menos una dosis en el mes previo.	1 mes	Mayoría participantes del SOC se perdió al menos una dosis durante el mes anterior. En comparación con MDOT [exacta de Fisher, odds ratio (OR), 7.6, y el 95% intervalo de confianza (IC), 2,0-36,9];	

Tabla 4. Niveles de Adherencia de los Estudios Seleccionados. 1996-2009. (Cont.)

	Fuente	Tipo de Diseño	Variable Independiente	Instrumento de Medida Adherencia	Pto. de Corte Adherencia	Periodo de Evaluación	N° de Adherentes	Adherencia Observada
66	Westling et al., 2007	Ensayo Controlado Aleatorizado	Efectos del procesamiento cognitivo y el descubrimiento del significado	Autorreporte	Se usó escalas tipo Likert de seis puntos que van de 1 (ninguna de las veces) a 6 (todo el tiempo 15 a 48 (M = 34.22, SD = 9.6).	NA	El descubrimiento del significado fue significativamente relacionados con la adherencia a los medicamentos en tiempo 2 ($\beta = .50$, $t = 3.695$, $p = .001$; $\Delta R^2 = .250$).	Time 1: Media 36 % grupal. Time 2: No discovery of meaning: 30 %, Discovery of meaning: 39 %
68	Owen-Smith et al., 2007	Cohorte Prospectiva	Medicina Complementaria y Alternativa (CAM). Uso de herbarios / refuerzos naturales para la inmunidad (hierbas chinas, champiñones, ajo, ginseng o algas) o multivitaminas o reportaron el prácticas religiosas o de salud psíquica o actividades corporales para tratar el VIH.	Autorreporte	No adherencia pérdida de al menos una dosis de uno o ambos medicamentos,	1 mes	Las mujeres que usan CAM (Impulsores inmunidad o vitaminas), en relación con los usuarios no-CAM, fueron de 1,69 veces más propensas a informar que faltan dosis de TARGA en los últimos 30 días (IC: 1.02-0.80, $p = 0.041$), No se encontró asociación significativa entre los religiosos / sanación psíquica o física y no adherencia a TARGA.	
69	Parsons et al., 2007	Ensayo Controlado Aleatorizado (2008)	Entrevista Motivacional (IM) y la terapia cognitivo-conductual (TCC) a la educación didáctica de la salud para aumentar la adherencia a la medicación y reducir el consumo de alcohol	Autorreporte	marcar los eventos memorables en el calendario como puntos de anclaje y luego recordar día a día todas las dosis perdidas	14 días	La adherencia de autoeficacia mostraron correlaciones significativas con la adherencia a la medicación y los resultados biológicos del VIH. Adherencia auto-eficaz: la confianza o la capacidad de participar en el comportamiento de la salud.	Media Adherencia 84,4%,
70	Reinhard et al., 2007	Estudio Transversal	Rendimiento Neurocognitivo: siete dominios cognitivos.	MEMS Caps y autorreporte.	informar o estimar el número de dosis de la medicación que se cuentan por MEMS	4 días	Discrepancias fueron los que menos adherentes (54%) y tenía una significativamente menor ($p = <0,001$) Tasa de adherencia que el grupo de verdaderos negativos que fueron la mayoría de adherentes (81%). El grupo de verdaderos positivos también mostraron una significativamente menor ($p = <0,004$) tasa de adherencia (63%) en comparación con el grupo de verdaderos negativos. Los grupos discrepantes positivo y verdadero no difieren significativamente en la adherencia de MEMS.	
174	Sayles et al., 2007	Estudio Transversal	Estigma sobre VIH. Salud Mental	Autorreporte	la adherencia óptima se definió como "todo el tiempo"	Continua. Cantidad de dosis perdidas en una semana	alto nivel de estigma son más propensos a reportar la falta de acceso a la atención (OR = 4,97, IC 95%: 2,54 a 9,72), fuente regular de atención del VIH (OR = 2.48, IC 95% 1.00-6.19) , y el cumplimiento del TAR (OR = 2.45, IC 95% 1.23 a 4.91).	42,5% informó nivel óptimo de adherencia

Tabla 4. Niveles de Adherencia de los Estudios Seleccionados. 1996-2009. (Cont.)

	Fuente	Tipo de Diseño	Variable Independiente	Instrumento de Medida Adherencia	Pto. de Corte Adherencia	Periodo de Evaluación	N° de Adherentes	Adherencia Observada
L	Girón et al., 2007	Estudio Transversal	s percepciones que tienen las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) acerca de los servicios de salud vigentes.	Autorreporte	Cuestionario. No adherencia fue definida como al menos un olvido en el último mes	1 mes	Motivos referidos de falla: el olvido, el estado de ánimo y con la falta de tiempo. Con relación al acceso a tratamiento y los motivos por los que los encuestados alguna vez habían dejado de recibir el TARGA, el principal motivo declarado fue el de desabastecimiento (79,6%)	443/493 = 89,9%; IC95%: 86,8-92,3
C	Abaasa et al., 2008	Cohorte Restrospectiva (2004-06)	Organización de Apoyo al SIDA (TASO) de la comunidad del programa TARGA.	Autorreporte y Recuento Pastillas	Los pacientes que tomaron \leq 95% de sus regimenes fueron clasificados como no adherentes	2 días, 2 semanas, 2 meses y 6 meses.	La no adherencia al TAR se asoció significativamente con la mortalidad. Los pacientes con un recuento de CD4 de menos de 50 células / mm ³ tuvo una mayor mortalidad (HR = 4.3, IC 95%: 2,22-5,56) en comparación con los pacientes con un recuento de CD4 igual o superior a 50 células / mm ³ (HR = 2,4; IC 95%: 1,79 a 2,38).	70, (78.2%) de los pacientes tuvieron una media de adherencia > 95%.
E	Naik et al., 2009	Estudio Transversal	Costo de Tratamiento. Desconocimiento sobre efectos de la Medicación.	Autorreporte	Cuestionario estructurado de 5 items. No tiene un límite	No especificado Durante todo el trabajo.	Cerca del 75 % de los participantes refirieron que la mayor barrera fue el costo de la terapia.	70 %
F	Tessema, Belay et al., 2007	Estudio Transversal (2008)	Efectos secundarios del tratamiento, Preparación a la terapia HAART, Contacto con los servicios de atención psiquiátrica, Tener metas.	Autorreporte	Adherencia: ninguna dosis perdida el día anterior.	1 día	efectos de la medicación adversas, la no disposición al TARGA, ponerse en contacto con el servicio de atención psiquiátrica y no contar con metas, se asociaron estadísticamente en forma significativa con la falta de adherencia. Por otra parte, la falta de voluntad de divulgar el estado del VIH se asoció de forma significativa con la no disposición al TARGA.	Las tasas de prevalencia del incumplimiento y la no disposición al TARGA fueron 87 (17,3%) y 70 (13,9%), respectivamente.
I	Pinaki et al., 2006	Cohorte Prospectiva (12 semanas)	Síntomas Asociados al ciclo Menstrual	Autorreporte	< 95 %=falta de una sola dosis en una semana	1 semana	Las mujeres fueron un poco menos adherentes durante las semanas menstruales (MW) (89%) que durante las semanas premenstruales (PWs) (94%) y otras semanas (93%). Sentirse triste o deprimido (P = 0,01) se asoció con la falta de adherencia.	

