

Capítulo 5

Adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en paciente con VIH/SIDA



Carmen Caballero Domínguez ^(a)

Kelly de la Cruz Cantillo ^(b)

Yineth Iglesias Barliza ^(b)

Edith Jiménez Lora ^(b)

a) Ph.D en Psicología. Docente del programa de Psicología y directora del grupo de investigación psicología y salud de la Universidad del Magdalena-Santa Marta. Universidad del Magdalena (Colombia).

b) Psicólogas, egresadas de la Universidad del Magdalena (Colombia).

Introducción

Las personas con VIH/Sida están expuestas a estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que afectan su salud física y mental, sin embargo, la preservación de la salud en pacientes con VIH/Sida puede beneficiarse de la adherencia al tratamiento y el apoyo social percibido, contribuyendo a un mejor pronóstico en la condición clínica. En este capítulo se describe la adherencia al tratamiento antirretroviral y el apoyo social en pacientes con VIH/SIDA.

Cómo citar este capítulo: Caballero, C., De la Cruz, K., Iglesias, Y. & Jiménez, E. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH/SIDA. En: A. D. Marenco-Escuderos. *Estudios del desarrollo humano y socioambiental*. (pp. 126-150). Barranquilla, Colombia: Ediciones CUR.

El VIH/Sida Un Problema de Salud Pública

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es considerado como un problema de salud pública dada su alta tasa de prevalencia, morbi-mortalidad y el costo de sus implicaciones (Varela, Gómez, Mueses, Galindo, & Tello, 2013). De acuerdo a cifras del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2012) en Colombia, entre 1985 al 2011, se ha reportado un total de 75.620 casos de VIH y sida. En este periodo más de la mitad de los casos notificados por infección se concentra en el grupo de 20 a 39 años (52.7 %), seguido del grupo de 25 a 29 años (15.3 %), y de 30 a 34 años (14.4 %). Sin embargo, el grupo de mayores de 60 presenta un incremento a través de los últimos años (ONUSIDA-Colombia, 2012). Las muertes notificadas por este problema de salud pública entre 1983 y 2010 se aproximan a 10.066 casos de muerte por sida, de acuerdo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA). Estas cifras pueden ser mayor debido al su registro elevado en el país (ONUSIDA-Colombia, 2012).

De esta manera se evidencia una problemática que afecta la salud pero que además amenaza potencialmente la salud mental a causa de los estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que rodean al paciente, disminuyendo la calidad de vida. Precisamente, la complejidad de la infección por VIH se evidencia por su naturaleza como proceso multifactorial, que puede comprenderse desde un modelo biopsicosocial (Carrobles, Remor, & Rodríguez-Alzamora, 2003; Achucarro, 2010; Kourí & A lemán, 2016), por este motivo la efectividad del tratamiento cobra un papel determinante en el pronóstico, evolución y postergación de la mortalidad del SIDA (Vilató, Martín & Pérez, 2015). No obstante, la esperanza de vida estará influenciada por el éxito de los tratamientos biomédicos para los sujetos seropositivos, en la medida que éstos logren optima adherencia (Balandrán, Gutiérrez & Romero, 2013; Ortego, 2011; Peñarrieta, et al., 2009).

Adherencia al tratamiento y factores asociados

El cumplimiento terapéutico o adherencia al tratamiento antirretroviral se define como el grado de interacción que existe entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas dadas (Guerra & Parras, 2000, p. 5). Esta adhesión

se ve influenciada por factores personales, familiares y socio-económicos y su adecuada consecución implica un papel activo por parte del paciente, de manera tenga una actitud positiva y compromiso en la decisión de iniciar y mantener el tratamiento antirretroviral (Guerra & Parras, 2000, p. 5; Alvis, De Coll, Chumbimune, Díaz, Días & Reyes, 2009, p. 269).

La falta de adherencia al tratamiento a los antirretrovirales es considerada un problema de salud pública, ya que no permite llegar a la efectividad clínica y se relaciona con el aumento de los ingresos hospitalarios, la evolución del VIH a SIDA y con mayor deterioro de la calidad de vida del paciente (Carrillo, et al., 2016).

La mayoría de los estudios ofrece resultados en los que sólo 50 a 80 % de los pacientes presentan buena adherencia al tratamiento, y se obtiene una buena correlación entre adherencia y control de la infección por el VIH, medida por la carga viral. Se observa que con adherencias superiores a 90% se obtiene un buen control virológico en 45 a 100 % de los pacientes. Por lo tanto, para conseguir objetivos terapéuticos, evidenciados en una supresión duradera de la carga viral, es necesaria adherencia estrictas (superiores a 90 %), de allí que el criterio sugerido por diversos autores, es cuando se cumple en el 95 % de los indicadores objetivos, verificado por el recuento viral y de linfocitos CD4 (Puigventós, Riera, Delibes, Peñaranda, De la Fuente & Boronat 2002; Piña, Corrales, Mungaray & Valencia 2006).

En Colombia es poco lo que se conoce sobre la adherencia en personas diagnosticadas con VIH/SIDA. Sin embargo, Arrivillaga, Ross, Useche, Álzate, y Correa (2009), encontraron que la adherencia era del 57 % en un grupo de mujeres con VIH/SIDA de cinco ciudades; por su parte, Varela, et al., (2013) encontraron que la prevalencia de adherencia farmacológica en los pacientes con VIH/SIDA atendidos en una institución de salud de la ciudad de Cali fue del 84%.

No obstante, la adherencia al tratamiento no puede reducirse a un solo factor objeto de estudio, es decir, al consumo de medicamentos, ya que una adherencia óptima abarca la incorporación de una serie de comportamientos relacionados con cambios en los hábitos y estilos de vida del paciente que favorecen la eficacia del tratamiento, aunque cabe destacar que no existe

hasta la fecha una medida exacta y única de referencia para la adherencia (Valera, Salazar & Correa 2008). De acuerdo con lo anterior, la adherencia al tratamiento es una variable compleja que resulta del trabajo interdisciplinar del equipo médico tratante, así como de la disposición y voluntad del paciente, de la percepción y autoconcepto del mismo, de igual forma del acompañamiento y seguimiento terapéutico, desde el inicio de la enfermedad, desarrollo y evolución del virus en los pacientes, en aras de redireccionar los estilos de vida de personas infectadas, en búsqueda de una mejor adaptación a su condición y a todo lo que gira alrededor de su vida, haciendo de ésta algo más funcional y sostenible cada día (Baladrán, et al., 2013).

De acuerdo con diferentes autores los factores asociados a la adherencia al tratamiento pueden variar de acuerdo al método utilizado para medir la adherencia, como también de los factores evaluados y de la población estudiada. En forma general, pueden ser agrupados en las siguientes cuatro categorías: a) los relacionados con el individuo (edad, sexo, nivel escolar, entorno familiar y social, entre otros); b) los debidos a la enfermedad en sí misma; c) los propios del tratamiento antirretroviral (número de fármacos empleados, posología y efectos adversos); y, d) los relacionados con el equipo asistencial (Díaz, 2011; Zambrano, Duitama, Posada & Flórez, 2011; Varela, et al., 2008; Alcántara, 2008; Castillo 2007).

Conocimiento del paciente acerca de su enfermedad y tratamiento. Referido al conocimiento del paciente acerca de los procedimientos, síntomas y cuidados que requiere el paciente, además de conocer cómo su patología le afecta a nivel personal, familiar y laboralmente. Diversos estudios señalan que las creencias del paciente respecto a su tratamiento, la falta de información acerca del uso y de los efectos de los antirretrovirales, la información errónea es muy común entre los pacientes con VIH/SIDA, asociándose a la no adherencia al tratamiento (Zafra-Tanaka & Ticon-Chávez, 2014; Tafur, Ortiz, Alfaro, García & Taus, 2008). O'Brien, Clark, Besch, Myers y Kissinger (2003) hallaron que los efectos secundarios al tratamiento antirretroviral de tipo gastrointestinal son la principal razón para la interrupción del tratamiento. Por otra parte, el paciente que ha presentado mayor número de complicaciones en su salud, tiende a generar más conciencia sobre su enfermedad, sus consecuencias y los comportamientos que debe adquirir en pro de su recuperación.

Confianza del paciente en los beneficios del tratamiento. La persona que presenta una enfermedad crónica tiene la necesidad no solamente de acoplarse a un tratamiento sino también de establecer credibilidad y lazos de confianza en el equipo médico, como también en el tratamiento que busca mejorar sus condiciones de salud. En ocasiones, el paciente presenta metas muy ambiciosas que no son alcanzables con sólo el tratamiento, o por el contrario, las creencias en torno a la terapia y sus metas pueden estar asociadas a sentimientos negativos o desidia por el tratamiento (Ortego, López & Álvarez, 2010).

Apreciación de los pacientes sobre el costo y acceso a los medicamentos que requieren en su tratamiento. Corresponden al acceso a los servicios de salud y las características de las instituciones y de los sistemas de salud en las que el paciente es atendido. La percepción que tiene el paciente sobre el acceso a consultas, hospitalización, medicamentos y pruebas pronósticas; la existencia de barreras geográficas que limiten el acceso al servicio, y otras limitaciones para la afiliación a la seguridad social, representan obstáculos para lograr la correcta adherencia al tratamiento. Varios autores plantean que los costos de los medicamentos se asocian con la adherencia, es decir a mayor costo del tratamiento menor es la adherencia al tratamiento (Arrivillaga-Quintero, 2010; Mojtabai & Olfson, 2003). Además, los pacientes que viven a una distancia larga entre hogar y la institución que lo atiende, tienen mayor oportunidad de no adherir al tratamiento que quienes no percibieron ninguna barrera al respecto (Varela, et al., 2013); e igualmente, no tener un domicilio fijo es un factor de riesgo asociado a la no adherencia (Alvis, et al., 2009).

Hábitos saludables de los pacientes como parte del tratamiento. Dentro de los hábitos saludables para pacientes con VIH, es necesario regímenes estrictos y complejos, los cuales exigen un alto nivel de cumplimiento, puesto que es preciso ingerir muchos medicamentos por día, lo cual conlleva a tener en cuenta ciertas restricciones alimentarias, algunas difíciles de cumplir, debido a que ocasionalmente pueden provocar efectos poco agradables como vómitos y náuseas (Mairena, 2012). Tomar los medicamentos en los horarios indicados, en la cantidad exacta y en los intervalos o frecuencias de dosis en que fueron prescritos es importante para que el paciente mantenga una buena salud (Collier, Ribaudó, Mukherjee, Feinberg, Fischl & Chesney, 2005), y en este aspecto el uso de las nuevas tecnologías, como los teléfonos móviles e internet

pueden promover potencialmente la adherencia al tratamiento (Pop-Eleches, Thirumurthy, Habyarimana, Zivin, Goldstein, Walque, MacKeen, Haberer, Kimaiyo, Sidle, Ngare & Bangsberg, 2011; Lim, Hocking, Hellard & Aitken 2008; Vidrine Arduino, Lazev & Gritz, 2006). Además, el paciente debe asistir a las citas con los distintos profesionales de la salud, realizarse los exámenes de control como CD4, carga viral, citología, entre otros; al igual, alimentarse teniendo en cuenta las recomendaciones del cuerpo médico y nutricionista; por otro lado, acoger medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, monitorear su salud y chequear su propio cuerpo para descubrir si hay cambios y priorizar el cuidado de sí mismo (Varela, et al., 2008).

El perfil clínico y la progresión de la enfermedad. En relación al perfil clínico y progresión de la enfermedad, se incluye aspectos como el tiempo de infección estimado, el tiempo de diagnóstico, el estado inmunológico (carga viral, CD4 y Targa), entre otras, presenta una asociación con la adherencia al tratamiento que sigue siendo polémica. Así, algunos estudios relacionan un pobre estado inmunológico con la baja adherencia al tratamiento (Veinot et al., 2006; Berg, Demas, Howard, Schoenbaum, Gourevitch, & Arnsten, 2004), mientras que otros han encontrado que pueden actuar como un facilitador (Godin, CoTé, Naccache, Lambert, & Trottier, 2005; Remor, 2002).

De acuerdo con lo anterior, en el presente estudio para evaluar la adherencia al tratamiento se tuvo en cuenta tanto factores de naturaleza psicológica (confianza con el equipo asistencial, conocimiento ante el tratamiento, creencias asociadas al apoyo emocional, comportamiento de adhesión, hábitos acorde a la ingesta de medicamentos, hábitos alimenticios, regularidad en la asistencia de la cita de control, hábitos incompatibles con el consumo de la medicación) y factores de carácter objetivos (dispensación-reclamación de los medicamentos, dosificación, cambios de Targa y carga viral y CD4).

Apoyo Social en Pacientes con VIH/SIDA

El apoyo social es un factor fundamental para las personas que presentan enfermedades crónicas (Mairena, 2012; Repetto, et al. 2011; González, 2011; Sepúlveda et al. 2009; Alcántara, 2008), particularmente en los pacientes con VIH/SIDA. Diversos autores han demostrado que el apoyo social tiene una

influencia positiva sobre la experiencia del cuidado de las enfermedades y de los cuidadores familiares; este proceso de interacción entre personas o grupos de personas, a través del contacto sistemático establece vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis (Romero, Amador & Alvis, 2010; Ladero, Orejudo & Carrobles, 2010; Varela, et al., 2008; Carrobles, Remor & Rodríguez-Alzamora, 2003).

La convivencia de sujetos seropositivos con otras personas resulta una situación complicada, puesto que en muchos de los casos se genera un estigma social y discriminación ocasionado por el temor a ser “contagiado”, agravando el estado del paciente al dificultar que se formen redes de apoyo social adecuadas (Orcasita, Peralta, Valderrama & Uribe, 2010; Gonzales & Piña, 2010). Recurrentemente se ha reportado que aquellas personas que perciben menos apoyo social tienden a presentar mayores niveles de perturbación emocional y física cuando enfrentan estrés en comparación con las personas que disponen de ese apoyo (Orcasita, et al., 2010; Rizo, Orozco & Villaseñor, 2002). Igualmente, las redes de apoyo social juegan un papel importante en la adherencia, puesto que ayuda al paciente a asimilar, soportar, resolver y encausar las emociones negativas relacionadas con la enfermedad a fin de favorecer una mejor adaptación a la misma (Repetto, Bernales & González, 2011; Ahumada, Escalante & Santiago, 2011); además, proveer información, consejo, control del comportamiento no deseable y refuerzo de los deseables, como también motivarlo a consultar a su médico acerca las dudas que tengan, entre otras (Varela et. al., 2013).

Finalmente, la relevancia del apoyo social se traslada a la adherencia del paciente al tratamiento, tanto en el inicio, en el mantenimiento de la adhesión una vez establecida, como también, en la pérdida de la misma (Vilató, Martín & Pérez, 2015). Ladero, et al, (2010), identificaron precisamente diferencias del apoyo social entre pacientes con buena adhesión, los que no presentan adhesión, los que inician tratamiento y aquellos que lo abandonan.

Apoyo Social Recibido. Se fundamenta en los recursos reales que la persona puede acceder en el caso de requerirlos (Caplan, 1974). Así también, se sustenta en las características estructurales-funcionales de la red (Barra, 2004).

Apoyo Social Percibido. Se fundamenta en la apreciación subjetiva o evaluación de la adecuación de la red social (Barra, 2004).

Un Estudio en Pacientes con VIH/Sida en la Región Caribe Colombia

El vacío empírico contextual generó un estudio de carácter descriptivo y diseño de transversal, con el objetivo de describir los factores subjetivos y objetivos de adherencia al tratamiento en un grupo de pacientes seropositivos para VIH y SIDA; a la vez explorar su relación con los niveles de apoyo social percibido por los sujetos. En este estudio se evalúa el apoyo social percibido, teniendo en cuenta que se fundamenta en la percepción de disponibilidad de ayuda en cualquier momento temporal, de modo que, la información proporcionada además de ser la apreciada por el individuo independientemente de la exactitud, se aproxima a la evaluación del individuo sobre la adecuación del apoyo social. Además de ser mejor predictor de los efectos en la salud que el apoyo social recibido (Norris & Kaniasty, 1996).

La muestra estuvo conformada por 26 pacientes, escogidos por conveniencia, quienes asistían al momento de realización del estudio a una IPS de la ciudad de Santa Marta, el 61.5 % corresponden al sexo femenino y el 38.5 % restante al sexo masculino, de ambos géneros con VIH/SIDA, con rango edad entre 18 y 32 años, con una media de 27 años. El 61.5 % de la muestra vivía en unión libre, mientras que el 38.5 % estaban solteros. En cuanto a la escolaridad, el 65.4 % de los participantes había terminado la secundaria, el 19.2 % la primaria, el 7.7 % tenía estudios técnicos, mientras que el 7.7 % restante tenían primaria. Con respecto a las personas con las que convivían, el 65.4 % indicó que vivía con su familia de origen, el 11.5 % vive solo con su pareja, y en un porcentaje igual se encontraban aquellos que vivían con la pareja e hijo, y los que vivían solos.

El Apoyo Social Percibido. Se evaluó mediante el cuestionario *Medical Outcomes Study-Social Support Survey* (MOS), adaptado en población colombiana por Londoño, Rogers, Castilla, Posada, Ochoa, Jaramillo y Aguirre, (2012), el cual comprende las siguientes cinco dimensiones:

Tamaño de la red social: Evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares), consta de una pregunta: “Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)”.

Apoyo social/emocional/informacional: El soporte emocional, orientación y consejos, consta de ocho preguntas. Ej.: “¿Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar?”. Ítems que la conforman 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19.

Apoyo instrumental: Evalúa la conducta o material de apoyo que se le brinda a la persona; está compuesta por cuatro preguntas. Ej.: “¿Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama?”. Ítems que la conforman: 2, 5, 12, 15.

Interacción social positiva: Evalúa la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas, constituida por cuatro preguntas. Ej.: “¿Alguien con quien pasar un buen rato?”. Ítems que la conforman: 7, 11, 14, 18.

Apoyo afectivo: Caracterizado por las expresiones de amor y afecto, con tres preguntas para esta dimensión. Ej.: “¿Alguien que le muestre amor y afecto?”. Ítems que la conforman: 6, 10, 20.

Las opciones de respuesta a los ítems se dan en una escala Likert que va de 1 (Nunca) a 5 (Siempre). Para este estudio el alfa de Cronbach de las dimensiones osciló entre 0.69 y 0.82.

La adherencia al tratamiento. Se evaluó a través de historia clínica y entrevista semiestructurada los factores subjetivos o de carácter individual, como también de las medidas de los factores objetivos que permiten corroborar la ingesta de fármacos antirretrovirales y su concentración en sangre a través de la realización de exámenes periódicos.

La entrevista estuvo conformada por los siguientes factores: confianza con el equipo asistencial, conocimiento frente al tratamiento, comportamiento de adhesión presentes, hábitos acorde a la ingesta de medicamentos, hábitos alimenticios, regularidad en la asistencia de la cita de control, hábitos para la

ingesta de medicamento y de alimento, hábitos incompatibles con el consumo de la medicación y por último, desde la historia clínica la dispensación-reclamación de los medicamentos, dosificación, cambios de Targa, de la carga viral y de CD4. Se consideró presencia satisfactoria de adherencia al tratamiento antirretroviral cuando el paciente hubiera cumplido con el 95% de los indicadores, es decir, la presencia de 14 o más indicadores en los últimos seis meses.

Para cumplir con los objetivos del estudio, se procedió inicialmente contar con el aval del comité científico de la IPS y autorización del mismo para acceder a las historias clínicas de los sujetos que participaron en el estudio; posteriormente, se realizó entrevista individual previo consentimiento de los pacientes. La entrevista semiestructurada fue diseñada por los autores del presente estudio, conformada por 20 preguntas que evalúan factores psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento; además, se evaluó el apoyo social, mediante el instrumento MOS, que fue aplicado de manera individual, durante el desarrollo de la entrevista. El procesamiento para el análisis descriptivo de los datos se llevó a cabo mediante el SPSS, y Microsoft Office Excel.

Evidencia Empírica en la Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral Y Apoyo Social En Pacientes Con VIH/SIDA de la Región Caribe Colombiana

Descripción de la adherencia al tratamiento antirretroviral de acuerdo a los indicadores subjetivos en los últimos seis meses

De acuerdo con la tabla 1, en relación con las creencias del paciente referentes al equipo asistencial presente en los últimos seis meses, se encontró que el 96.2 % de los participantes manifestó sentir confianza en él. De la misma manera, el 96.2 % manifestó tener conocimiento ante el tratamiento. En cuanto al apoyo emocional percibido por los participantes por parte de familiares y otros de su entorno social, el 53.8 % de ellos manifiestan sentirse apoyados emocionalmente por las personas a su alrededor, mientras que el 46.2 % sienten no contar con apoyo de ésta índole.

Tabla 1. Descripción de los indicadores subjetivos de la adherencia al tratamiento presente en los últimos seis meses.

Variables	Ítem	f	%
Confianza en el equipo asistencial	Sí	25	96.2
	No	1	3.8
Conocimiento ante el tratamiento	Sí	25	96.2
	No	1	3.8
Creencias asociadas al apoyo emocional	Sí	14	53.8
	No	12	46.2

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los hábitos favorecedores para la adherencia al tratamiento presente en los últimos seis meses (tabla 2), el 73 % de los pacientes continuó consumiendo sus medicamentos, aunque presentara una buena condición física y psicológica. Asimismo, el 50 % hace uso de las nuevas tecnologías (alarmas de celular) con el fin de recordar tomar la dosis prescrita. El 88.4% de ellos no presenta hábitos incompatibles o acciones incongruentes que interfieran con el buen consumo de los medicamentos. No obstante, el 42.2 % de los participantes no asiste a su cita control, y el 57 % presenta dificultad en cuanto a los hábitos alimenticios, ya que no siguen la dieta según las indicaciones del médico.

Tabla 2. Descripción de indicadores subjetivos de adherencia al tratamiento en relación con el tipo de hábitos del paciente presente en los últimos seis meses

Variables	Ítem	f	%
Comportamientos de adhesión presentes	Continuó consumiendo el medicamento aunque presentara una buena condición física y psicológica	19	73.1
	Dejó de consumir el medicamento al presentar una buena condición física y psicológica	7	26.9

Variables	Ítem	f	%
Hábitos para la ingesta de medicamentos	Alarma del celular	13	50
	Familiar le recuerda	1	3.8
	Está pendiente de la hora	11	42.3
	Ninguno	1	3.8
Hábitos alimenticios	Sigue la dieta según indicaciones del médico	11	42.3
	No sigue dieta según las indicaciones del médico	15	57.7
Regularidad en la cita de control	Siempre asiste	15	57.7
	No asiste	11	42.3
Hábitos incompatibles con el consumo de la medicación	Presenta hábitos incompatibles con el consumo de la medicación	3	11.6
	No presenta hábitos incompatibles con el consumo de la medicación	23	88.4

Fuente: elaboración propia.

1. Descripción de la adherencia al tratamiento antirretroviral de acuerdo a los criterios objetivos en los últimos seis meses

De acuerdo con la fase de la enfermedad, el 84,6% de la muestra se encuentra en fase de VIH, y sólo el 15,4 % de los participantes se encuentra en fase de SIDA, el 100 % de los pacientes habían tomado sus fármacos por más de un año, el 92.3 % habían reclamado sus medicamentos durante el primer semestre del año 2013, y el 88.5 % venían consumiendo sus fármacos de acuerdo a la frecuencia de dosificación señalada por el profesional de la salud, y sólo 11.5% de los pacientes hacía caso omiso a las indicaciones del equipo asistencial (tomaban las pastillas a cualquier hora).

En cuanto al cambio de TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad), el 26.9 % de los pacientes había presentado algún cambio del mismo desde el inicio de su tratamiento, no así, el 73.1 % de los participantes en los últimos 6 meses del tratamiento con antirretrovirales.

Respecto a la carga viral, el 65.4 % de los participantes presentaban un resultado menor de 10 copias, lo cual sugiere carga viral indetectable; no obstante, el 11.5 % de los individuos obtuvieron una carga viral menor de 50 pero mayor a 10, evidenciando permanencia del virus en sangre y el 22.8 % presentó un resultado por encima de 50 copias del virus, que es considerada como una carga viral significativamente detectable. De acuerdo a los resultados obtenidos del CD4 (recuento de linfocitos), el 38.5 % se ubicaba dentro de los parámetros normales, el cual corresponde a más de 500 CD4 por mililitro de sangre. Por el contrario, el 61.5 % de los participantes presentaba niveles menores de 500, es decir, con predisposición a contraer una enfermedad.

Para finalizar, teniendo en cuenta que la adherencia al tratamiento antirretroviral se consideró satisfactoria cuando el paciente cumplía con el 95 % de los indicadores objetivos y subjetivos, se halló que el 88.5 % presentaba ausencia de adherencia, y en sólo el 11,5 % se manifestaba presencia de la misma.

Tabla 3. Descripción de los indicadores objetivos de la adherencia al tratamiento

Variables	Ítem	F	%
Fase de la enfermedad	V.I.H	22	84.6
	S.I.D.A	4	15.4
Duración del tratamiento	Más de un año	26	100
Registro de dispensación	Reclamó los medicamentos durante los primeros 6 meses del año	24	92.3
	No reclamó los medicamentos todos los meses	2	7.7

Variables	Ítem	F	%
Frecuencia de dosificación	Toma los medicamentos de acuerdo a las indicaciones del médico	23	88.5
	Hace caso omiso de las indicaciones del médico	3	11.5
Cambio de Targa	Sí	7	26.9
	No	19	73.1
Carga viral	-10	17	65.4
	Menor de 50 pero mayor a 10	3	11.5
	Más de 50	6	22.8
Cd4	-500	16	61.5
	Más de 500	10	38.5

Fuente: elaboración propia.

2. Descripción del apoyo social percibido

Con respecto a los resultados obtenidos al evaluar la variable apoyo social percibido, de manera descriptiva se pueden observar los siguientes resultados (tabla 4):

Tabla 4. Descripción del apoyo social percibido por los pacientes

Variable	Ítem	F	%
Evaluación global de apoyo social	Ausencia de apoyo social	3	11.5
	Mediana presencia de apoyo social	13	50.0
	Presencia de apoyo social	10	38.5

Variable	Ítem	F	%
Cantidad de amigos íntimos	0	8	30.8
	De 1 a 4	14	53.8
	De 5 a 10	4	15.4
Cantidad de familiares íntimos	0	8	30.8
	De 1 a 4	7	26.9
	De 5 a 10	9	34.6
	Más de 10	2	7.7
Apoyo emocional	Alto	14	53.8
	Medio	6	23.1
	Bajo	6	23.1
Apoyo instrumental	Alto	15	57.7
	Medio	8	30.8
	Bajo	3	11.5
Interacción social positiva	Alto	13	50.0
	Medio	7	26.9
	Bajo	6	23.1
Apoyo afectivo	Alto	13	50.0
	Medio	9	34.6
	Bajo	4	15.4

Fuente: elaboración propia.

En lo que respecta al tamaño de la red social, el 53,8 % de los pacientes manifiesta tener de 1 a 4 amigos íntimos con los cuales conversa acerca de sus problemas y conocen su diagnóstico; por otra parte, el 30,8 % de los participantes expresa no tener ningún amigo cercano con el cual hablar de sus dificultades. En cuanto al número de familiares íntimos, el 34,6 % señala que cuenta con 5 a 10 personas de su familia que están pendientes de sus necesidades; mientras que el 30,8 % indica no tener a nadie que sepa de su enfermedad y que le pueda ayudar cuando lo necesite.

En cuanto al apoyo emocional percibido por los participantes, el 53.8 % refiere disponerlo en un nivel alto, mientras que el 23.1 % en un nivel medio. No obstante, un porcentaje igual al anterior, percibe no contar con apoyo emocional. Referente al apoyo instrumental se obtuvo que el 57.7 % de los pacientes percibía contar con un nivel alto del mismo, mientras que el 30,8 % expresaron contar con un nivel medio y el 11.5 % con un nivel bajo. Por otra parte, en cuanto al factor de interacción social positiva, se logró determinar que el 57.7 % de los sujetos tienen un nivel alto, mientras que el 26.9 % se encuentran en nivel medio y el 23.1 % en nivel bajo. Respecto al apoyo afectivo, el 50 % de los sujetos evaluados mostraron un nivel alto; por su parte, el 34.6 % de ellos estuvieron dentro del nivel medio, y no obstante el 15.4 % cuentan con un bajo apoyo afectivo. Por último, la evaluación global del apoyo social percibido, se encontró que el 50 % de los participantes percibían contar con una mediana presencia del mismo, mientras que el 38.5 % de estos consideraron que sí contaban con de dicho apoyo, no así el 11 %.

3. Descripción de la presencia o ausencia de la adherencia al tratamiento antirretroviral de acuerdo con el apoyo social percibido en pacientes con VIH/SIDA

Tal cual como se observa en la tabla 4, al describir la adherencia al tratamiento de acuerdo al apoyo social, se halló que el 88.5% de los pacientes presentan ausencia de adherencia al tratamiento, de los cuales el 11.5 % presentan un nivel bajo de apoyo social y el 46.1 % tienen un nivel medio; no obstante, el 30.7 % de los pacientes sin adherencia presentan apoyo social en un nivel alto. Por su parte, el 11.5 % de los pacientes presentaron adherencia, entre los que el 7.7 % contaban con un apoyo social alto y el 3.9% con un nivel medio, y ninguno de este grupo se identificó con un nivel bajo de apoyo social.

Tabla 5. Contingencia apoyo social percibido y adherencia al tratamiento

Apoyo Social	Adherencia				Total
	No		Si		
	f	%	F	%	
Bajo	3	11.54	00.0%	31	1.54%
Medio	12	46.15	13.90%	13	50.0%
Alto	8	30.76	27.70%	10	38.46%
Total	23	88.5	311.5%	26	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Discusión

Teniendo en cuenta que la adherencia es un constructo complejo y determinado por la presencia de diversos factores tanto objetivas como subjetivas o psicológicas, al respecto, en el presente estudio se observó que la mayoría de los participantes (88.5 %) presentaban ausencia de adherencia, evidenciada en el incumplimiento del 95% de los indicadores en los últimos seis meses, tales como: no tener una adecuada relación de confianza hacia el equipo médico y al medicamento, dejar de consumir los medicamentos al presentar una buena condición física y psicológica, utilizar hábitos para la ingesta de medicamentos pocos efectivos, no seguir dieta según indicaciones del médico, no asistir al control con el equipo asistencial, presentar hábitos incompatibles con el consumo de la medicación. Además, no reclamar los medicamentos todos los meses, hacer caso omiso de las indicaciones del médico, presentar cambios de TARGA (replicación del virus), presentar carga viral menor de 50 pero mayor a 10 (presencia del virus en la sangre) y CD4 menor de 500 (bajos niveles de linfocitos para generar anticuerpos). El porcentaje de no cumplimiento de adherencia al tratamiento antirretroviral del presente estudio es muy inferior a lo hallado por Varela, et. al. (2013) y por Arrivillaga, et. al. (2009).

En relación con los indicadores subjetivos, tal como lo sugieren diferentes investigaciones las creencias y la percepción sobre la relación entre el equipo asistencial y el paciente es sumamente importante, teniendo en cuenta que factores como la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad de la relación; también, el suministro de una información detallada y realista, y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza recíproco; el contar con el conocimiento acerca del tratamiento antirretroviral, su eficacia, su toxicidad, el malestar físico y emocional asociado o efectos secundarios, incluyendo los efectos sobre la calidad de vida, son aspectos fundamentales para potencializar la adherencia (Ortego, et al., 2010; Tafur et al. 2008; Knobel & Guelar 2004).

En cuanto a los comportamientos de no adhesión presente en los últimos seis meses, si bien, la mayoría (73.1 %) de los pacientes continuó consumiendo el medicamento aun cuando se sintiera bien, algunos pacientes (26.9 %) no continúan con la medicación, lo cual podría estar mediado por la percepción de salud, es decir que cuando el paciente se siente mejor tiende a disminuir la adherencia, resultados que coinciden con lo hallado por Vázquez (2009). Por otra parte, en cuanto a los hábitos asociados a la ingesta de medicamentos, aquellos pacientes (50%) que recurren a que un familiar les recuerde que deben ingerir los medicamentos, estar pendiente de la hora, o no contar con ningún hábito no muestran señal de buena adherencia, evidenciando falta de compromiso del paciente con su tratamiento (Collier, et al., 2011). Por su parte, el mayor índice de cumplimiento de adherencia al tratamiento se da en personas que emplean el uso de nuevas tecnologías (50 %), como el uso de recordatorios y mensajes de textos (Lim, et al., 2008; Vidrine, et al., 2006).

En relación con no contar con hábitos de alimentación adecuados (57.7 %), podría a su vez estar asociado con condiciones de ingesta de la medicación antirretroviral (determinados fármacos necesitan ser administrados en presencia o no de alimentos), y no favorecer a su vez la absorción del fármaco en estos pacientes, de acuerdo a diversos autores (Varela, et.al, 2008; OPS, 2011), podría dificultar que algunos pacientes tomen las medicaciones correctamente. Estos resultados son compatibles con otras investigaciones que señala la mala adherencia por no tomar los medicamentos en el horario señalado (ONUSIDA, 2012; Varela, et al., 2008).

En relación con el cumplimiento de los pacientes con las citas de control, se observó que un poco más de la mitad de los pacientes (57.7 %) asisten de manera regular y continúa a las mismas lo cual es un indicio de la participación activa de estos pacientes en su tratamiento. Sin embargo, esta asistencia por sí misma no es suficiente para alcanzar un nivel óptimo de adherencia al tratamiento. Especialmente cuando algunos pacientes (11.6%) presentan hábitos incompatibles con el consumo de los medicamentos, de acuerdo lo manifestado por Knobel y Guelar (2004).

Por otra parte, en relación a indicadores objetivos de adherencia, el cambio de TARGA muestra que, si bien una proporción importante de pacientes (73.1%) no han presentado cambios en los últimos 6 meses del tratamiento con antirretrovirales, una proporción menor de pacientes (26.9%) ha presentado algún cambio desde el inicio del tratamiento, posiblemente debido a la resistencia generada al medicamento, ya sea por el incumplimiento en el tratamiento debido hacer caso omiso de las indicaciones del médico (11.5%), o por no reclamar los medicamentos (7.7%) hallazgos coherentes con lo encontrado por Machado (2010).

En coherencia con lo anterior y con lo reportado por Machado (2010), el hallazgo de una proporción importante de pacientes (34.3%) que presentaban una carga viral entre niveles menores a 50 pero mayores a 10 y mayor a 50 copias, indicaban la presencia de una carga viral significativamente detectable, lo cual revelaba posibles déficits en el seguimiento de los tratamientos. Así mismo, el que una mayoría de los pacientes (61.5%) hubiera mostrado resultados de CD4 menores a 500, sugiere que éstos se encontraban expuestos a contraer alguna infección oportunista, como resultado de una inadecuada adherencia.

Con respecto a la evaluación global del apoyo social, solamente una proporción pequeña de pacientes (15.4%) percibían contar con un soporte o red de amigos, sin embargo, la mayoría (69.2%) contaban con familiares que le proporcionaran espacio para conversar de su estado emocional y resolver dificultades propias del tratamiento. De manera concordante, en este grupo se halló niveles altos de apoyo emocional (53.8%) e instrumental (57.7%), una adecuada interacción positiva y apoyo afectivo (50%). Es decir, este grupo pacientes cuenta con interacciones positivas y soporte

afectivo de amigos y familiares que les posibilitan conversar, fomentando la expresión de sentimientos, el bienestar afectivo, como también el acceso a objetos o servicios que los ayudan a resolver problemas prácticos, relacionados con su salud y tratamiento. Al respecto de esto último, es importante resaltar una mayor presencia de apoyo instrumental frente al emocional, resultado análogo con lo encontrado por Rizo et al. (2002). Romero, Amador y Alvis (2010) señalan que el apoyo social de la familia o de otras personas significativas, se convierte en un factor protector para la salud física, psicológica y espiritual de las personas, especialmente en el caso de los pacientes con VIH/SIDA; de esta manera, los individuos tendrán una mejor adaptación a la enfermedad y a la terapia antirretroviral, una mejor respuesta del sistema inmunológico a los antirretrovirales, llevando a una mejora en la calidad de vida de estos pacientes. Por otra parte, en cuanto al factor de interacción social positiva, González (2011) refiere que tiene un papel importante en el afrontamiento exitoso de los problemas que trae consigo una enfermedad crónica, así como en el proceso de adherencia al tratamiento, por lo cual los pacientes que obtuvieron un resultado alto en este factor (50.0%), cuentan con una condición favorecedora de una buena adherencia. Por su parte, Repetto, et al. (2011) mencionan que el apoyo afectivo por los allegados posibilita que los pacientes puedan asimilar mejor, soportar, resolver y encausar emociones negativas relacionadas con su enfermedad y una mejor adaptación a la misma.

Al considerar la adherencia al tratamiento de los sujetos del estudio de acuerdo al apoyo social percibido por ellos, se observó que la ausencia de adherencia se evidencia principalmente en aquellos con niveles moderados de apoyo social (46.15%); sin embargo, en otros (30.76%), la ausencia de adherencia se halló con presencia de apoyo social, y, solamente un porcentaje muy bajo de los pacientes (11.54%) manifestaron ausencia de adherencia y bajo apoyo social.

Estos resultados difieren de otros estudios, que señalan la adherencia al tratamiento consistente con el apoyo social. En la misma dirección, pero en relación con las enfermedades crónicas en general, Mairena, (2012), Repetto, et al. (2011), González, (2011), Sepúlveda et al. (2009) y Alcántara, (2008), sostienen que el apoyo social percibido respecto a familiares, amigos y allegados, se convierte en favorecedor para la adherencia.

Hay que tener en cuenta que el presente estudio fue meramente descriptivo y con una muestra reducida, de modo que el alcance de la investigación debe entenderse como limitado.

En síntesis, los resultados obtenidos permitieron establecer que la mayoría de los pacientes del estudio presentaban ausencia de adherencia, y en cuanto, a los indicadores contemplados de adherencia, se identificó un mayor número de indicadores satisfactorios objetivos que subjetivos. Por otra parte, en relación al apoyo social percibido, en la gran mayoría de los pacientes se evidenció, una mediana presencia del mismo. Sin embargo, la presencia o ausencia de adherencia no se distribuye con el apoyo social percibido, en donde la presencia o ausencia de adherencia.

Con la finalidad de profundizar y fomentar un mayor conocimiento se hace necesario seguir realizando investigaciones donde predominen los indicadores subjetivos de carácter psicológico -dado que la adherencia se ve influenciada por la presencia de estos factores- con muestras amplias, que permitan realizar análisis estadísticos a profundidad para precisar las relaciones entre la adherencia al tratamiento antirretroviral con factores psicológicos y sociales.

Referencias

- Achucarro, S. (2010). Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de enfermería. *Rev. Inst. Med. Trop*, 5(1), 20-34.
- Ahumada, M., Escalante, E., & Santiago, I. (2011). Estudio preliminar de las relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el apoyo social con la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH/Sida. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(19), 55-70.
- Alcántara, D. (2008). Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue. (*Tesis de título profesional, Universidad Nacional Mayor De San Marcos*). Recuperado de http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/factores-asociados-adherencia-targa-pacientes-vih-sida-hospital-nacional-hipolito/id/51066896.html.
- Alvis, Ó., De Coll L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J. & Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *An Fac med*, 70(4), 266-272.
- Alvis, Ó., De Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J., y Reyes, M. (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de

- gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 266-272. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a07v70n4.pdf>.
- Arrivillaga, M., Ross, M., Useche, B., Alzate M., & Correa D. (2009). Social position, gender role and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. *Pan Am J Public Health* 26(6), 502-510.
- Arrivillaga-Quintero, Marcela. (2010). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública de México*, 52(4), 350-356. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a11.pdf>
- Balandrán, A., Gutiérrez, JP., & Romero, M, (2013) Evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral en México. *Revista de investigación clínica* 65(5), 384- 391.
- Barra, E. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243.
- Berg, K. M., Demas, P. A., Howard, A. A., Schoenbaum, E. E., Gourevitch, M. N., & Arnsen, J. H. (2004). Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *Journal of General Internal Medicine*, 19(11), 1111-1117.
- Caplan, G. (1974). Support systems and community mental health: Lectures on concept development. Behavioral Publications.
- Carrillo, G. S., Zúñiga, Á. M., Amaya, G. A., Arévalo, W. L., Arias, J., Carrillo, P. A., ... & Sánchez, S. I. (2016). Características sociodemográficas y determinantes de adhesión terapéutica antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en dos instituciones de Bogotá. *Rev. Col. Enf* (4), 1-15.
- Carrobes, J. A., Remor, E., & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Castillo, J. (2007). *Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Tesis de Diplomado no publicada, Universidad De La Sabana. Recuperado de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2188/1/131439.pdf>.
- Collier, A. C., Ribaud, H., Mukherjee, A. L., Feinberg, J., Fischl, M. A., & Chesney, M. (2005). A randomized study of serial telephone call support to increase adherence and thereby improve virologic outcome in persons initiating antiretroviral therapy. *Journal of Infectious Diseases*, 192(8), 1398-1406.
- Díaz, Z. (2011). *Caracterización de los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátrico con más de tres ingresos hospitalario y su cuidador que asisten entre Junio 2010 hasta Junio 2011 a la clínica psiquiátrica resurgir de la ciudad de Barranquilla*. Trabajo de grado no publicado, Universidad Simón Bolívar.

- Godin, G., CoTé, J., Naccache, H., Lambert, L. D. y Trottier, S. (2005). Prediction of adherence to antiretroviral therapy: a one-year longitudinal study. *AIDS Care*, 17(4), 493-504.
- Gonzales, M., y Piña, J. (2010). Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales. *Universitas Psychologica*, 10(2), 399-409.
- González, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 2(5), 102-107.
- Guerra L., y Parras F. (2000). La adherencia a los antirretrovirales: una tarea de todos. *Enf Emerg*. 2(1), 5-9.
- Knobel, H., y Guelar, A. (2004). Estrategias para optimizar la adherencia al tratamiento Antirretroviral. Intervenciones en la pauta Terapéutica. *Enferm Infec Microbiol Clin*, 22(2), 106-112.
- Kourí, V. & Aleman, Y. (2016). Variante Viral de VIH-1 asociada con rápida progresión a SIDA en individuos cubanos. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 6 (3), 1-8.
- Ladero, L., Orejudo, S. y Carroble, JA. (2010). Apoyo Social y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes VIH+ en un Programa de Mantenimiento con Metadona. Un estudio Longitudinal. *Clínica y Salud*, 21(1), 21-33.
- Lim, M.S.C., Hocking, J.S., Hellard, M.E., & Aitken, C.K. (2008). SMS STI: A review of the uses of mobile phone text messaging in sexual health. *International Journal of STD & AIDS*, 19, 287-290.
- Londoño, N. E., Rogers, H., Castilla, J. F., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Machado, J., (2010). *Efectividad del tratamiento antirretroviral en pacientes con diagnóstico de VIH/Sida de dos ciudades de Colombia*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona. Disponible en http://ddd.uab.cat/pub/trerepro/2011/hdl_2072_116886/TR_MachadoAlba.pdf
- Mairena, I. (2012). *Adherencia al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes con infección por VIH, que acuden a la consulta externa de infectología del hospital infantil Manuel de Jesús Rivera durante el mes de Marzo del 2012*. Tesis de Especialización no publicada, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2003). Medication Costs, Adherence, And Health Outcomes Among Medicare Beneficiaries. *Health Affairs*, 22, 4, 220-229.
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of personality and social psychology*, 71(3), 498.
- O'Brien, M., Clark, R., Besch, C., Myers, L., y Kissinger, P. (2003). Patterns and Correlates of Discontinuation of the Initial HAART Regimen in an Urban

- Outpatient Cohort. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 34(4), 407 – 414.
- ONUSIDA, (2012) Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012. Recuperado de [http://www.onusida-latina.org/images/2012/mayo/ce_CO_Narrative_Report\[1\].pdf](http://www.onusida-latina.org/images/2012/mayo/ce_CO_Narrative_Report[1].pdf).
- OPS, (2012) Experiencias exitosas en el manejo de la adherencia en el tratamiento antirretroviral en Latinoamérica. Área de salud familiar y comunitaria. Proyecto VIH/SIDA. OPS.
- Orcasita, L., Peralta, A., Valderrama, L., y Uribe, A. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia1. *Revista de Psicología [online]*. 2012, vol.30, n.2 [citado 2015-01-09], pp. 371-406.
- Ortego, M. (2011). Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Un metanálisis. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Ortego, M., López, S., y Álvarez, M. (2010). La adherencia al tratamiento. Ciencias Psicosociales, Universidad de Cantabria. Recuperado de http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf.
- Peñarrieta, M, Kendall, T., Martinez, N., Rival, A., Gonzales, N., Flores, F., Del Angel, A (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 26(3), 333-37.
- Piña, JA., Corrales, AE., Mungaray, K., y Valencia. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Rev Panam Salud Publica*. 19 (4), 217-28.
- Pop-Eleches, C., Thirumurthy, H., Habyarimana, J. P., Zivin, J. G., Goldstein, M. P., de Walque, D., ... Bangsberg, D. R. (2011). Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: a randomized controlled trial of text message reminders. *AIDS (London, England)*, 25(6), 825–834. <http://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32834380c1>.
- Puigventós, F., Riera, M., Delibes, C., Peñaranda, M., De la Fuente L. y Boronat, A. (2002). Estudios de adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*, 119(4), 130-7. 16.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión de al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 4(2), 262 – 267.
- Repetto, P., Bernal, M., y González, M. (2011). Aspectos psicológicos de la rehabilitación pulmonar en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 27(2), 144-152.
- Rizo, G., Orozco, I., y Villaseñor, T. (2002) Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA. *Investigación en salud*, 4(2), 114-121.

- Romero, E., Amador, C., & Alvis, L. (2010) Apoyo social y calidad de vida en pacientes con vih/sida, residentes en montería. Colombia. *Rev.cienc. biomed.* 1(2), 173 - 179
- Sepúlveda, G., Zúñiga, A., Amaya, G., Arévalo, W., Arias, J., Carrillo, P., Pérez, J., y Sánchez S. (2009). Características Sociodemográficas y determinantes de adhesión terapéutica antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en dos instituciones de Bogotá. *Revista Colombiana de Enfermería*, 4(4), 81-89.
- Tafur, E., Ortiz, C., Alfaro, C., García, E., y Fauss, M. (2008). Adaptación del “cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral” (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *ArsPharm*, 49(3), 183-198.
- Varela, M., Gómez, O., Mueses, H., Galindo, J. & Tello, I., (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. *Revista Salud Uninorte*, 29(1), 83-95.
- Varela, M., Salazar, I., y Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA, consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 101-113.
- Vázquez, J. (2009). Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH, Tamaulipas, México. *Revista CienciaUat*, 11, 27 - 30
- Veinot, T. C., Flicker, S. E., Skinner, H. A., McClelland, A., Saulnier, P., Read, S. E. y Goldberg, E. (2006). “Supposed to make you better but it doesn’t really”: HIV-positive youths’ perceptions of HIV treatment. *Journal of Adolescent Health*, 38, 261-267.
- Vidrine DJ, Arduino RC, Lazev AB, Gritz ER. A (2006). Randomized trial of a proactive cellular telephone intervention for smokers living with HIV/AIDS. *AIDS* 20, 253-260.
- Vilató, L., Martín, L. & Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620-639. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v41n4/spu05415.pdf>.
- Vilató, L., Martín, L. & Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620-630.
- Zafra-Tanaka, J. & Ticona-Chávez, E. (2014). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 625-632. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpes.2016.334.2544>.
- Zambrano C, Renato, Duitama M, John F., Posada V, Jorge I., & Flórez A, José F. (2012). Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 163-174. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a05.pdf>.