



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Especialidad Médica en Salud Pública y Medicina Preventiva

FACTORES SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN UN HOSPITAL FEDERAL DE REFERENCIA.

*ARTÍCULO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA
Y MEDICINA PREVENTIVA*

PRESENTA

LILLYANA FLORES REMIGIO

COMITÉ DE TESIS:

DIRECTOR Dr. Rafael Ricardo Valdez Vázquez
ASESOR EXTERNO Dr. Rafael Figueroa Moreno
ASESORA INTERNA Dra. Dulce Alejandra Balandrán Duarte

JURADO DE TESIS:

PRESIDENTE: Dr. Rafael Ricardo Valdez Vázquez
SECRETARIO: Dra. Dulce Alejandra Balandrán Duarte
1ER SINODAL: Dr. Carlos Magis Rodríguez

Título: Factores socioculturales relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con infección por VIH/SIDA en un hospital federal de referencia.

Título breve: Factores socioculturales en la adherencia al tratamiento antirretroviral

Autores: Lillyana Flores Remigio, *Candidata al grado de Especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva.*

Rafael Ricardo Valdez Vázquez, *Especialista en Infectología, Maestro en Ciencias Médicas, Hospital General Dr. Manuel Gea González.*

Dulce Alejandra Balandrán Duarte, *Especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva, Maestra en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública.*

Rafael Figueroa Moreno, *Especialista en Epidemiología, Maestro en Salud Pública, Hospital General Dr. Manuel Gea González.*

Contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Material y métodos	6
Resultados	9
Discusión.....	12
Tablas	17
Tabla I Distribución de la frecuencia de las variables en la población	17
Tabla II Factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento (variables dicotómicas)....	20
Tabla III Factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento (variables categóricas) ...	22
Tabla IV Modelo final de regresión logística.....	23
Tabla V Valores de prevalencia de la adherencia reportadas en otros estudios realizados en México	24
Referencias	25
Anexos	30

Resumen:

Introducción: En México se ha controlado la elevada transmisión de la infección por VIH/SIDA, aunque la prevalencia se mantiene constante. A pesar de que el tratamiento antirretroviral ha demostrado ser efectivo para el control de la infección, se requiere una adherencia al mismo mayor del 95%; lo que dificulta el éxito de la terapia al ser la adherencia un proceso condicionado por múltiples factores. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en adultos infectados con VIH/SIDA de un hospital federal de referencia. **Material y métodos:** Se desarrolló un estudio transversal incluyendo pacientes con el diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en la clínica de VIH del Hospital General Dr. Manuel Gea González y en tratamiento antirretroviral. Se aplicó un cuestionario mediante entrevista directa, y se obtuvo la información sobre la evolución clínica y el esquema de tratamiento con el expediente clínico. **Resultados:** La prevalencia de adherencia en la población estudiada fue de 39.3%. Por el modelo de regresión se encontró que los pacientes que reciben atención psicológica, perciben un mayor apoyo social, y no han cambiado de esquema terapéutico tienen mayor adherencia al tratamiento. **Conclusiones:** la adherencia al tratamiento antirretroviral es un proceso dinámico, se pueden identificar factores de riesgo que son modificables favoreciendo el apego en donde la participación del paciente es fundamental.

Palabras Clave: VIH, SIDA, tratamiento antirretroviral, adherencia terapéutica

Abstract

Title: Sociocultural factors related to adherence in patients with HIV/AIDS in a federal referral hospital.

Abstract: In México the high transmission of HIV/AIDS has been controlled, however the prevalence is constant. Although antiretroviral therapy has proven effective for infection control, requires a greater than 95% adhesion, making difficult the success of therapy is that adherence process is conditioned by multiple factors

Objective: To determine the prevalence and factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults infected with HIV / AIDS in a federal referral hospital.

Methods: We developed a cross-sectional study including patients with a diagnosis of HIV / AIDS treated at the HIV clinic of the Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez and antiretroviral treatment.

A questionnaire was administered by direct interview, and obtained information on the clinical course and treatment scheme with the clinical record.

Results: The prevalence of adherence in the study population was 39.3%. For the regression model found that patients receiving psychological care, perceived greater social support, and have not changed therapeutic regimen have greater adherence.

Conclusion: Adherence to antiretroviral therapy is a dynamic process; one can identify risk factors that are modifiable favoring adhesion where patient participation is essential.

Keywords: HIV, AIDS, antiretroviral treatment, adherence

Introducción.

El tratamiento de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es complejo, ya que implica además del uso de fármacos, cambios en los hábitos de la vida del paciente como la modificación de la alimentación ya sea en horarios o cierto tipo de alimentos.

Desde que se introdujo el tratamiento antirretroviral altamente efectivo (HART/TAAE), se observó una disminución de morbilidad secundaria al VIH. Sin embargo, el éxito de la terapia y con ello, la disminución de la morbilidad, están condicionadas a un grado de apego casi perfecto y de forma continua.^{1, 2, 3}

Aunque hay muchas razones para el fracaso del tratamiento antirretroviral, el éxito de un esquema farmacológico depende de factores propios del tratamiento y los relacionados con el individuo, siendo el pobre apego la causa más común para el fracaso.^{4,5}

Adherencia se define como “el acto o cualidad de apegarse a algo”, en el contexto del tratamiento significa más como un proceso colaborativo entre el paciente y el proveedor de atención. El paciente juega un papel más activo en su tratamiento.⁶ Es un concepto más complejo visto como una red entre el paciente, proveedor, y la medicación y refleja el hecho de que seguir un esquema de medicación no necesariamente es una simple elección.⁷

Aunque en general, para la mayoría de los fármacos antirretrovirales se ha reportado la necesidad de una adherencia mayor al 95%, el grado mínimo de adherencia que lleva a una supresión viral óptima es variable. Primeros estudios demostraron que la probabilidad de tener una carga viral indetectable aumentaba si la adherencia era mayor al 90%.⁸ Tiempo después se observó una buena correlación entre carga viral indetectable y adherencia mayor 95%^{9,10}, como Paterson en el 2000 encontró que para adquirir este grado de supresión de carga viral, una persona en tratamiento con inhibidores de proteasa necesita tener mínimo el 95% de las dosis prescritas en tiempo.¹¹

Estudios más recientes reportan que se puede conseguir una buena respuesta inmunológica utilizando inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos o inhibidores de proteasa con un porcentaje menor de adherencia.^{12,13,14}

La adherencia no es algo unidimensional, el ser adherente o no serlo está relacionado a múltiples factores, de manera genérica se han clasificado todos estos factores en grupos:¹⁵

-Factores del sistema de salud, atención sanitaria, profesional de salud: En esta clasificación entran todos aquellos factores que influyan con la atención en la unidad médica, como son accesibilidad a unidades especializadas, relación médico-paciente, acceso a medicamentos y consultas, servicios de consejería.^{16,17,18}

-Factores del paciente/enfermo: Estos son los factores más ampliamente estudiados, debido a que el perfil socioeconómico y algunas características sociodemográficas han mostrado ser factores determinantes del estado de salud de los pacientes en función de sus conocimientos, actitudes y prácticas. Dentro de este grupo figuran principalmente los factores socioculturales¹ definidos como la forma en la que interactúan las personas entre sí mismas, con el medio ambiente y con otras sociedades; algunos ejemplos son: percepción sobre la terapia, comunicación con los proveedores de servicios de salud (principalmente médico y enfermera), etnicidad, clase social y/o nivel socioeconómico, sexo, identidad sexual, etc.¹⁹⁻²⁷

-Factores del tratamiento: incluye a las variables como tipo de esquema, horario de la toma, número de tabletas, apego a instrucciones especiales, etc.^{23,25,28,29}

¹ El termino sociocultural nos lleva a pensar en dos realidades: Sociedad (conjunto de relaciones que se establecen entre las personas de un grupo) y cultura (conjunto de valores, criterios, aspiraciones, modelos, hábitos, costumbres, formas de expresarse, comunicarse y relacionarse que tiene las personas de una comunidad). En el caso de las personas con VIH/SIDA poseen una perspectiva propia, secundaria a la realidad que tienen al vivir con el virus, modificando la percepción cultural de la realidad social, lo que genera una conjunto de expectativas de actuación específica. Así generan reglas, y normas sociales, establecen los comportamientos y prácticas deseables, definiendo lo que es lícito, tolerable o inaceptable en un contexto de relación social con otras personas en su misma situación y con quienes no lo están. Por lo que factores como nivel socioeconómico, percepción de la enfermedad, apoyo familiar, autoeficacia, valor atribuido al tratamiento, entre otros toman importancia como factores a estudiar en esta población en específico.

-Factores de la enfermedad: Aquí son las características propias de la enfermedad, el tiempo de evolución, y la progresión clínica.^{2,6,15}

Evaluar la adherencia dentro de la práctica clínica es un proceso complejo, ya que existe una gran variedad de métodos, y en general aún no existe un método estandarizado para medir la adherencia. Knobel (2002) propone al método ideal como aquel que es “altamente sensible y específico, y que permita una medida cuantitativa y continua, fiable, reproducible, aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico”.³⁰

Por lo que el objetivo de este estudio es identificar las variables socioculturales relacionadas con la adherencia al tratamiento antirretroviral usando una escala de adherencia validada en la literatura.

Material y métodos.

Se realizó un estudio de tipo transversal en el Hospital General Dr. Manuel Gea González de la Ciudad de México, que incluyó al total de pacientes inscritos en la clínica de VIH (n= 173). El hospital en donde se desarrolló el estudio es un hospital de segundo nivel que pertenece al grupo de Institutos Nacionales y Hospitales Federales de Referencia y de Alta Especialidad, y se encuentra bajo función de la Secretaría de Salud Federal. Este estudio se realizó entre septiembre 2011 a enero 2012.

Población y criterios de inclusión: Debido a que la cantidad total de pacientes era pequeña, se decidió realizar un censo del total de la población de estudio. El número de pacientes adultos con diagnóstico de VIH/SIDA que estaban en tratamiento antirretroviral inscritos a la clínica de VIH del hospital fue de 173. Se excluyeron del estudio 8 pacientes, ya que no llevaban en tratamiento más de seis meses o no contaban con expediente completo, considerando una muestra final para el estudio de 165.

Instrumentos: Los datos fueron recolectados a través de un instrumento que fue adaptado utilizando dos escalas previamente validadas en población mexicana^{3,22,23,31-35} El instrumento consistió en 27 reactivos, adicionales a las escalas de adherencia y apoyo social. En general, el instrumento estuvo compuesto de 4 partes: a) Características sociodemográficas (edad, sexo, identidad sexual, ocupación, escolaridad, lugar de residencia, nivel socioeconómico, seguridad en la vivienda); b) Hábitos y comportamiento (consumo actual de tabaco, alcohol y drogas, participación en grupos de ayuda mutua (GAM), asistencia psicológica, número de parejas sexuales, estado depresivo, percepción del tratamiento, estigma, confianza en personal de salud, y apoyo social percibido; c) Adherencia al tratamiento (olvido en toma de medicamentos, problemas de horario, dosis omitida la última semana, y la escala SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire); d) Antecedentes clínicos (tiempo de diagnóstico, tiempo de tratamiento, número de esquemas utilizados, número de tabletas de consumo, veces al día de toma, tiempo entre citas, hospitalizaciones secundarias a

padecimiento de base, enfermedades concomitantes, carga viral y conteo CD4 actual y previo máximo de 6 meses, peso, infecciones oportunistas, esquema de tratamiento antirretroviral)³⁶

La variable dependiente fue adherencia al tratamiento, utilizando la escala SMAQ, esta escala consiste en 6 preguntas con respuestas dicotómicas para definir a una persona como adherente o no adherente, esta escala en el estudio de Knobel al compararla con el uso de monitores electrónicos de control de la medicación (MEMS) se encontró en consistencia de 0.75 y un kappa de 0.74), la sensibilidad del 70% y especificidad del 90%.²⁵ McNabb reportó una sensibilidad del 72%.³⁷

Se consideraron dos variantes de adherencia: 1) en esta escala se considera no adherente, si responde positivamente a alguna pregunta cualitativa, o si dejó de tomar más de dos dosis en la última semana o estuvo más de 2 días sin medicación en los últimos 3 meses. 2) de acuerdo a la respuesta en la pregunta 5 de la escala se clasificó el porcentaje de adherencia en la última semana, así si omitió de 0 a 2 dosis su porcentaje de adherencia fue de 95-100%; en la omisión de 3-5 dosis el porcentaje fue de 85-94%; si olvido 6-10 dosis el porcentaje fue de 65-84% y si no tomo más de 10 dosis se clasifica como un porcentaje de adherencia menor al 64%.

El apoyo social percibido se evaluó mediante la escala de DUKE-UNC la que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación menor de 32. Una puntuación mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor de 32 indica un apoyo social percibido bajo)

Las entrevistas fueron realizadas en los cubículos de la clínica de VIH del hospital, todas fueron aplicadas por el mismo entrevistador, previa aceptación y firma del consentimiento informado. Posterior a la entrevista se revisó el expediente clínico de cada paciente para la recolección de información referente a la evolución clínica. Este estudio fue aprobado por los comités de Bioética y

de investigación tanto del Hospital Dr. Manuel Gea González, como del Instituto Nacional de Salud Pública.

Análisis de datos: Se elaboró una base de datos con el programa Microsoft Office Excel 2007, para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico PASW versión 18. Se realizó análisis descriptivo de todas las variables, y se evaluó la asociación entre variables independientes y la no adherencia utilizando la prueba estadística X^2 , identificando las variables estadísticamente significativas con las que se hizo un modelo de regresión logística.

Resultados.

El número total de sujetos fue de 165 la tabla I muestra las características generales de la población de estudio. El 77% de los participantes eran hombres, de estos el 33.9% se identificaron como homosexuales, el 26.8% como heterosexuales y el 25.9% como gay. Con una edad promedio de 41.18 ± 1.6 años.

El 23% del total de población fueron mujeres, el 60% de las mismas se autoidentificaban como heterosexuales, 15.8% como homosexuales, 15.8% bisexuales y 5.3% como lesbianas. La edad promedio de las mujeres fue de 41.81 ± 0.7 años.

Más del sesenta por ciento tiene una actividad remunerada, el 48% respondió tener un grado escolar superior a secundaria, con 10.5 años de escolaridad promedio ± 3.64 años.

En cuanto a algunos hábitos, el 28% fuma, de estos el consumo promedio es de 3.71 cigarrillos por día; 34.5% consume alcohol, el número de bebidas por ocasión que aceptaron consumir se presento en un rango de 1 a 6, así el 33.33% consume en promedio 3 bebidas, seguidos por 2 bebidas el 22.8%; solo el 5.5% consume algún tipo de droga, son 9 pacientes que afirmaron consumir 4 de ellos marihuana, 2 cocaína y 2 anfetaminas. Al cruzar estas variables se encontró que el 12.7% fuma y consume alcohol, y el 1.2% fuma, consume alcohol y algún tipo de droga.

El 26% refirió haber tenido 2 o más parejas sexuales en los últimos 3 meses, se estratificó por sexo (hombre y mujer) para identificar diferencias entre los grupos, lo cual no fue así ya que en ambos casos el promedio fue de una pareja sexual en los últimos tres meses.

Dentro de los factores de interacción social y psicológicos se encontró que 71% no recibe ningún tipo de atención psicológica y el 77% no pertenece a un grupo de ayuda mutua, aunque esto podría impactar en su estado de ánimo no se observo en esta población ya que solo el 28% respondió

sentirse triste. Una tercera parte de los entrevistados han sentido algún tipo de estigma por su condición médica y el 39% percibe un apoyo social bajo.

La mayoría de los pacientes (88%) tienen confianza en el personal de salud que lo atiende, el 75% entienden las indicaciones que se les dan y más del 90% califican la relación que tienen con ellos como buena o excelente.

La fecha de diagnóstico ocurrió entre 1987-2001 en 18.1% de los pacientes, y entre 2002-2011 en 81.8%. El tiempo promedio en tratamiento es de 5 años, el esquema de antirretrovirales se ha modificado más de una ocasión en 37% de los entrevistados. El número de tabletas promedio que consumen al día fue de 3; el 75.2% toma medicamentos dos veces al día; 19.4% una sola toma, el 4.8% toma tres veces y solo un paciente toma 4 veces al día. En cuanto a la carga viral el 83.6% de los pacientes tienen un reporte de carga viral indetectable o menor de 100 copias/ml.; del 16.4% restante la carga viral promedio fue de 3688 copias/ml (rango de 1321-296558 copias/ml). El conteo de linfocitos CD4 promedio fue de 416 ± 211 células/mm³, (rango de 39 a 1250 células/mm³).

De acuerdo a la pregunta 5 del cuestionario SMAQ, la prevalencia de adherencia en la semana previa a la entrevista fue de 67%, aunque considerando todos los reactivos de la escala la prevalencia de adherencia disminuye a 39.4%.

Las tablas II y III muestran la frecuencia de adherencia por las principales variables estudiadas, y los resultados del análisis bivariado con valor de X^2 y razón de momios. Este análisis no encontró diferencia significativa entre personas adherentes y no adherentes con las variables de sexo, edad, nivel de escolaridad, ocupación, tiempo de diagnóstico ni tiempo tratamiento. La adherencia si fue diferente significativamente en los pacientes que reciben terapia psicológica, con un apoyo social percibido adecuado, sin infecciones oportunistas ni modificación de esquema antirretroviral. Estas variables fueron incorporadas a una modelo de regresión logística, codificando la variable dependiente como 0= Adherente 1= No adherente. Se encontró que quienes tenían una baja

percepción de apoyo familiar (0= Apoyo bajo, 1= apoyo normal) tenían 5.4 más veces la probabilidad de no ser adherentes, comparados con quienes tenían una adecuada percepción de apoyo familiar. (OR= 6.49, IC 95% 2.80-14.80; $p < 0.00$), los pacientes que no contaban con atención psicológica tenían 1.1 más veces la probabilidad de no ser adherentes, comparándolos con los que si tenían atención psicológica (OR=2.15, IC 95% 0.98-4.89; $p 0.03$) y aquellos pacientes a los que se les ha modificado el esquema terapéutico en más de una ocasión tenían 2 veces la probabilidad de no ser adherentes en comparación con quienes solo han tenido un solo esquema de antirretrovirales. (OR 2.30, IC 95% 1.10-4.70; $p: 0.02$).

Discusión.

Las características sociodemográficas de la población de estudio son similares con el perfil sociodemográfico de los pacientes con infección por VIH/SIDA a nivel nacional, en factores como sexo, edad, identidad sexual. De acuerdo al último reporte del Registro Nacional de Casos de SIDA el 77% de los casos son hombres, el 37% tiene entre 35 y 44 años, y el 41% son heterosexuales, valores equivalentes a los encontrados en este estudio.³⁸

La adherencia fue evaluada utilizando un método de autoreporte retrospectivo. Aunque se considera que los autoreportes sobrestiman la adherencia comparados con otros métodos, múltiples estudios han validado el autoreporte como un método con el cual medir la adherencia (Tabla V).^{39,40} La prevalencia de adherencia en la última semana encontrada es mayor a la reportada por otros estudios que utilizaron el autoreporte^{19,21,41-44}; un valor comparable se encontró en el estudio de Wutoh et al, por autoreporte identificaron una adherencia de 94%, sin embargo al comparar con la carga viral se obtuvo una correlación negativa⁴⁵; en nuestro caso esto no fue igual, ya que se realizó una prueba de correlación entre el porcentaje de adherencia en la última semana y la carga viral, solo a los pacientes que tenían el reporte de laboratorio de la misma semana que se realizó el cuestionario, y se encontró una correlación de -0.78 estadísticamente significativa (p: 0.000), lo que indica que pacientes con menor porcentaje de adherencia, están asociados con valores altos de carga viral.

Se correlacionó al total de la población entre adherencia y último reporte de carga viral, obteniendo un resultado opuesto a lo esperado, un valor de asociación cercano al nulo (0.07), es decir que no existe correlación entre la adherencia y la carga viral; lo que no es cierto ya que ha sido demostrado científicamente.⁸⁻¹⁴ Identificamos que no se podía hacer la correlación con el total de la población debido a un error metodológico, ya que existe un sesgo de temporalidad en la recolección de los datos; a los pacientes se les realizó el cuestionario en una fecha y el resultado de laboratorio de

carga viral fue el último que tenían disponible en el expediente, y solo en 28 pacientes empataban en la misma semana el estudio y el cuestionario.

En cuanto a las variables estudiadas, no se encontró relación entre la adherencia y sexo, edad, escolaridad, lugar de residencia, lo que no es extraño ya que múltiples estudios han concluido que los factores demográficos no son determinantes directos en la adherencia.^{2,23} No identificamos asociación entre la preferencia sexual y la adherencia, este es uno de los factores con resultados controversiales, ya que hay estudios que lo encuentran como factor de riesgo y otros como factor protector^{46,47}.

En este estudio no hubo relación entre el nivel socioeconómico y la no adherencia, la literatura menciona resultados variables, aunque esto puede ser explicado por la diferencia existente entre los grupos estudiados y por el método empleado para la evaluación de nivel socioeconómico. De manera general, se considera que la condición socioeconómica (nivel educativo, empleo) no son variables que se puedan relacionar con la adherencia.^{4,25} En el caso del empleo la forma en como se categorizó la variable en el cuestionario podría llevar a un sesgo en el resultado, por lo que no podemos afirmar que no existe relación.

En relación con el tiempo que han estado en tratamiento antirretroviral, no hubo asociación con la adherencia. Esto es diferente con la evidencia publicada, la que establece que en las enfermedades crónicas la adherencia generalmente va disminuyendo con el tiempo.⁴⁸

Referente al tratamiento diversos estudios han encontrado que mientras mayor sea el número de tabletas que tienen que consumir los pacientes, mayor el riesgo de no ser adherentes, así esquemas complejos se asocian con mala adherencia,^{42,49,50} en este estudio no se halló relación con el número de pastillas, frecuencia de la toma, tiempo de tratamiento, pero lo que sí está relacionado con la adherencia fue el número de esquemas utilizados, resultado similar al encontrado por Fleury (2007)⁴⁴

Variables como el consumo de drogas, alcohol y tabaco generalmente se han relacionado con no adherencia,^{11,41,47,51} sin embargo en nuestro estudio no resultaron estadísticamente significativas, es importante mencionar que el método de recolección de la información podría haber influido en las respuestas obtenidas.

Dentro de los factores del paciente se encuentran elementos psicológicos, los que se han explorado de diversas formas, en este estudio no existe relación entre el estado de ánimo, percepción del tratamiento, confianza en el personal de salud, estigma y la no adherencia, resultado diferente a lo reportado por otros autores.^{11,22,41,42,52} No obstante la percepción de apoyo social fue uno de los factores con mayor asociación estadística, esto es parecido a lo que encontraron Alvis, Reynolds, Fleury y Balandrán en sus estudios.^{23,44,52,53} Cabe mencionar que con el resultado obtenido en apoyo social, se esperaba que la pertenencia a un grupo de ayuda mutua fuera un factor importante, ya que ambas variables reflejan la red social donde se desenvuelve el paciente, sin embargo no encontramos relación.

Otro factor que se asoció con la adherencia en este estudio fue el tener atención psicológica, así pacientes sin atención no eran adherentes al tratamiento, este factor ha sido poco estudiado, pero obtuvimos un resultado parecido a Balandrán y con el reportado por Kidder quienes evaluaron el tener atención clínica integral, incluyendo valoración psicológica.^{52,54}

Existieron varias limitaciones en este estudio: primero, al ser un estudio transversal, la relación temporal entre las variables estudiadas y la asociación observada puede no ser interpretada como causal. Segundo pudo existir sesgo de complacencia social, ya que al ser interrogados en el hospital, en el área de atención, los pacientes podrían haber modificado sus respuestas. Tercero el haber utilizado solo un método para medir adherencia. Así lo que proponen algunos autores para compensar esta situación es utilizar 2 métodos o más combinados, para evitar las limitaciones que estos presentan.²¹ Otra opción que podría solventar esto es utilizar el índice de adherencia, ya que es

un instrumento más confiable, al tener preguntas más específicas sobre cada uno de los antirretrovirales y se ha reportado resultados comparables con los marcadores biológicos.⁵³

Covariables estudiadas previamente como edad, percepción del tratamiento, estadio de la enfermedad no se encontraron en nuestro modelo. Sin embargo el estudio brinda información importante de la relación entre la adherencia y el apoyo social percibido por los pacientes, cuando se sienten parte de un grupo.

Aunque se han demostrado los efectos del tratamiento, y se han adoptado políticas públicas de acceso universal y gratuito a los medicamentos antirretrovirales, esto no es suficiente para lograr el control de la infección. Para alcanzar el control, es necesario que los pacientes sigan el tratamiento de una forma constante y comprometida.

Se puede concluir que en nuestra población de estudio la prevalencia de adherencia al tratamiento antirretroviral encontrada es parecida a la descrita en la literatura. Los factores socioculturales relacionados con la no adherencia fueron: bajo apoyo social percibido, y no tener atención psicológica, otros factores identificados fueron haber utilizado más de dos esquemas de tratamiento antirretroviral, presencia de infecciones oportunistas, en estos factores aunque no entran en la clasificación de socioculturales, es importante tomarlos en cuenta, porque hablan del tiempo y la evolución de la enfermedad, así pacientes con infecciones oportunistas y múltiples esquemas de tratamiento probablemente son menos adherentes y por lo tanto su respuesta clínica al tratamiento es mala.

Este estudio buscaba identificar factores socioculturales que ponen en riesgo la adherencia en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, lo que permitirá detectar de manera oportuna pacientes con mayor riesgo de no ser adherentes. Con base en los resultados obtenidos proponemos que dentro de la clínica de VIH de este hospital se evalúe de forma rutinaria la percepción de apoyo social, utilizando la escala DUKE-UNC, si es posible integrar a la familia del paciente o alguien de su

red social en el tratamiento y reforzar la consejería. Además de realizar una segunda medición de la adherencia, utilizando otro instrumento, como es el índice de adherencia y comparar los resultados previos.

Tablas:

Tabla I: Distribución de la frecuencia de las variables en la población

Características	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	38	23
Masculino	127	77
Autoidentificación sexual		
Heterosexual	57	34.5
Homosexual	48	29.1
Travesti	1	0.6
Transexual	6	3.6
Gay masculino	12	7.3
Gay afeminado	9	5.5
Sólo gay	13	7.9
Bisexual	17	10.3
Otro	2	1.2
Ocupación		
Desempleado	23	13.9
Estudiantes	3	1.8
Empleado	67	40.6
Independiente	41	24.8
Hogar	15	9.1
Jubilado/pensionado	7	4.2
Otro	9	5.5
Estado Civil		
Soltero	101	61.2
Casado	24	14.5
Divorciado	10	6.1
Unión libre	18	10.9
Viudo	12	7.3
Escolaridad		
Ninguna	2	1.2
Primaria	38	23
Secundaria	45	27.3
Preparatoria/bachillerato	33	20
Normal	5	3
Comercial	16	9.7
Profesionista	24	14.5
Posgrado	2	1.2
Zona de residencia de la ciudad de México		
Sur (Tlalpan, Coyoacán, Xochimilco, Milpa Alta)	51	30.9
Centro (Benito Juárez, Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc)	29	17.6
Norte (GAM, Azcapotzalco, Venustiano Carranza)	25	15.2
Oriente (Tlahuac, Iztapalapa, Iztacalco)	27	16.4
Poniente (Cuajimalpa, Álvaro Obregon, Magdalena Contreras)	30	18.2
Foránea	3	1.8

Factores socioculturales relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con infección por VIH/SIDA en un hospital federal de referencia

Seguridad en la vivienda		
SI	143	86.7
NO	22	13.3
Nivel Socioeconómico calculado por el Índice AMAI		
Bajo	4	2.4
Bajo Medio	116	70.3
Bajo Superior	27	16.4
Medio	16	9.7
Medio Alto/alto	2	1.2
Tabaquismo		
SI, actual	47	28.5
NO, actual	68	41.2
No, lo hacía antes	50	30.3
Consumo de alcohol		
SI	57	34.5
NO	108	65.5
Consumo de drogas		
SI	9	5.5
NO	156	94.5
Tipo de droga		
Anfetaminas	2	22.2
Cocaína	3	33.3
Marihuana	4	44.4
Atención psicológica		
SI	48	29.1
NO	117	70.9
Lugar de Atención		
Hospital Gea González	18	37.5
Clínica Condesa	19	39.6
Instituto Nacional de Psiquiatría	9	18.8
Otro	2	4.2
Pertenencia al Grupo Ayuda Mutua		
SI	38	23
No	127	77
Número de parejas sexuales en los últimos 3 meses		
0	34	20.6
1	87	52.7
2	29	17.6
3	8	4.8
4	3	1.8
5	1	0.6
6	3	1.8
Estado de ánimo		
Normal	118	71.5
Tristeza	47	28.5
Percepción del tratamiento		
Adecuada	123	74.5
Mala	42	25.5

Factores socioculturales relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con infección por VIH/SIDA en un hospital federal de referencia

Confianza en el personal de salud		
SI	146	88.5
NO	19	11.5
Siempre comprende las indicaciones que se le da por parte del personal de salud		
SI	124	75.2
NO	41	24.8
Calificación en la relación con el personal de salud		
Excelente	76	46.1
Buena	77	46.7
Regular	12	7.3
Desabasto de medicamentos en los últimos seis meses		
SI	18	10.9
NO	147	89.1
Estigma Sentido		
SI	61	37
NO	104	63
Apoyo social percibido		
Apoyo bajo	65	39.4
Apoyo normal	100	60.6
Hospitalizaciones en los últimos 6 meses		
SI	23	13.9
NO	142	86.1
Presencia de infecciones oportunistas		
SI	25	15.2
NO	140	84.8
Evolución Clínica		
Mejoría	46	27.9
Estabilización	96	58.2
Mala	23	13.9
Adherencia en la última semana		
SI	110	66.6
NO	55	33.3
Porcentaje de adherencia en la última semana		
95-100%	110	66.7
85-94%	37	22.4
65-84%	17	10.3
30-64%	1	0.6
Adherencia histórica de acuerdo a SMAQ		
Adherente	65	39.4
No adherente	100	60.6

Tabla II Factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento (variables dicotómicas)

Variable	Adherencia		OR	IC 95%	X2	P
	SI	NO				
Sexo						
Hombre	54	73	1.81	0.78-4.41	2.24	0.134
Mujer	11	27				
Seguridad en vivienda						
SI	54	89	1.49	0.55-3.98	0.80	0.372
NO	11	11				
Alcoholismo actual						
SI	18	39	1.66	0.80-3.50	2.21	0.136
NO	47	61				
Uso de drogas						
SI	3	6	1.31	0.26-8.43	0.15	0.702
NO	62	94				
Atención psicológica actual			2.15	1.03-4.89	4.27	0.03
SI	13	35				
NO	52	65				
Pertenencia al GAM						
SI	14	24	1.15	0.51-2.64	0.13	0.714
NO	51	76				
Estado de ánimo						
Normal	47	71	1.06	0.50-2.28	0.03	0.856
Tristeza	18	29				
Percepción del tratamiento ARV			1.41	0.64-3.20	0.86	0.353
Adecuada	51	72				
Mala	14	28				
Confianza en el personal de salud			1.95	0.62-7.27	1.53	0.216
SI	60	86				
NO	5	14				
Comprensión de indicaciones			1.28	0.58-2.77	0.46	0.496
SI	47	77				
NO	18	23				
Desabasto de medicamentos			1.02	0.33-3.30	0.0	0.96
SI	7	11				
NO	58	89				
Estigma sentido/ discriminación						
SI	26	35	1.23	0.61-2.47	0.42	0.516
NO	39	65				
Apoyo social percibido						
Bajo apoyo	9	56	7.9	3.37-20.00	29.1	0.00
Apoyo normal	56	44				

Factores socioculturales relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con infección por VIH/SIDA en un hospital federal de referencia

Presencia de infecciones oportunistas			4.05	1.26-16.96	6.71	0.009
SI	4	21				
NO	61	79				
Enfermedades concomitantes						
SI	13	19	1.06	0.44-2.5	0.03	0.874
NO	52	81				
Parejas sexuales en los últimos 3 meses						
Monógamos	51	70	1.56	0.71-3.51	1.43	0.23
2 o más parejas	14	30				
Tiempo Diagnóstico						
>2 años	10	24	1.73	0.72-4.40	1.78	0.18
>2 años	55	76				
Tiempo tratamiento						
<2 años	15	30	1.42	0.66-3.16	0.95	0.33
>2 años	50	70				
No esquemas usados						
Esquema único	32	72	8.76	1.31-5.36	8.71	0.003
2 o más	33	28				
esquema						

Tabla III Factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento. (variables categóricas)

Variable	Adherencia		Estadístico Wald	OR	P
	SI	NO			
Orientación sexual					
Heterosexual	23	34	.134	.533	.714
Homosexual	16	32	.002	1.084	.961
Travesti	0	1	.000	.0000	1.00
Transexual	3	3	.197	.424	.657
Gay masculino	4	8	.089	.589	.765
Gay afeminado	6	3	1.031	.150	.310
Solo gay	6	7	.146	.511	.703
Bisexual	6	11	.014	1.226	.907
Estado Civil					
Soltero	40	61	1.95	.205	.163
Casado	12	12	1.038	.336	.308
Divorciado	4	6	.866	.316	.352
Unión Libre	3	15	.009	.897	.926
Viudo	6	6	.786	.413	.392
Nivel Socioeconómico					
Bajo	2	2	.346	3.907	.556
Medio Bajo	48	68	.083	1.612	.773
Bajo Superior	8	19	.304	2.574	.581
Medio	6	10	.181	2.158	.671
Medio alto/alto	1	1	1.15	1.817	.886
Tabaquismo actual					
SI	18	29	.911	1.639	.363
No	23	44	1.969	1.949	.340
No, lo hacía antes	23	27	1.022	1.234	.161
Calificación relación con personal de salud					
Excelente	34	42	1.301	2.574	.522
Buena	26	51	.132	1.349	.716
Regular	5	7	.680	1.989	.410
Evolución clínica					
Mejoría	20	26	3.466	.284	.063
Estable	40	56	2.429	.371	.119
Peor	5	18	.099	2.51	.753

Tabla IV. Modelo final de regresión logística

Variable	OR	IC 95%	P
Atención psicológica (No tener)	1.89	1.03-3.85	0.043
Pertenencia a GAM (No pertenecer)	1.15	0.51-2.64	0.714
Apoyo social percibido (bajo apoyo)	6.49	2.80-14.80	0.000
Numero de esquemas terapéuticos utilizados (2 o más esquemas)	2.3	1.10-4.70	0.003
Comprensión de indicaciones	1.70	0.73-3.96	0.217
Meses entre citas	1.45	1.05-1.99	0.022

Tabla V. Valores de prevalencia de la adherencia reportadas en otros estudios realizados en México

Año	Referencia	Prevalencia
2002	Perez-Patrigeon, S; et al. Use of two spanish translate instruments (SMAQ and AACTG questionnaires) to evaluate prevalence of non-adherence to antiretroviral treatment in HIV infected subject in Mexico City. CD Only: The XV International AIDS Conference Abstract no. B12476	13-65%
2002	Torres-Escobar, I; et al. Assessing adherence and gender differences in rural mexican population. Print Only: The XIV International AIDS Conference: Abstract no. B10452	28%
2003	Jáuregui-Camargo, L; et al. Evaluación de la terapia antirretroviral muy activa (TARMA) en una cohorte de pacientes con infección por VIH en México. Revista de investigación clínica, 2003; 55 (1). pp 10-17	64%
2004	Torres-Escobar I, et al. Adherence and HIV progression among Mexican rural population. Poster Exhibition: The XV International AIDS Conference: Abstract no. WePeB5801	42%
2005	Gutiérrez-Bello G; Olaíz-Noriega M; García-Soto N. Adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA con y sin Grupo de Autoayuda. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. 2005; 4 (2); 7-15	60%
2006	Dávila-Tapia M; et al. Variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH: Un análisis en función del sexo. En S. Rivera A., R.Díaz L., R. Sánchez A. & I. Reyes L. (Coords.), La psicología social en México, Vol. 12 (pp. 61-66). México: AMEPSO	26.8
2007	Piña-López, J; Rivera-Icedo, B. Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. Ciencia y enfermería, XIII (2), 2007. Pp 53-63	57%
2008	DeMaria, L; et al. Care seeking behaviors and factors for adherence among HIV+ patients in four Mexican hospitals. Oral Abstract Session: AIDS 2008 - XVII International AIDS Conference: Abstract no. WEAB0302	58%
2009	Piña-López, J; Dávila-Tapia, M; et. Al. Efectos del tiempo de infección sobre predictores de adherencia en personas con VIH. Intern Jour Psych Psychol Ther. 2009; 9 (1); pp 67-78.	65%
2010	Badial-Hernández, F, et al. Adherence to antiretroviral treatment (ART) in a Mexican prison: can directly observed therapy (DOT) be a realistic option?. : AIDS 2010 - XVIII International AIDS Conference: Abstract no. TUPE0182	76%
2011	Bautista-Samperio L, García-Torres M. Estigmatización y apoyo familiar: coadyuvantes para la adherencia terapéutica del portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Aten Fam 2011; 18(1): 4--8	57%
2011	J.P. Gutiérrez, et al. Evaluation of antiretroviral adherence in Mexico: adherence index versus four days adherence. : 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment: Abstract no. CDB317	54%

Referencias

1. Carpentier CJ, Cooper D, Fischl M, Gatell JM, Gazzard BG, Hammer SM, et al. Antiretroviral therapy in adults. Update recommendations of the international AIDS Society-USA. Panel. JAMA 2000; 283:381-390
2. Polo R, Knobel H, Escobar I (coordinadores del panel). Mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Recomendaciones de la SPNS/SEFH/GESIDA. Fam Hosp. 2009; 32(6) 349-357
3. Puigventós F, Riera M, Delibes C, Peñaranda M, De la Fuente L, Boronat A. Estudios de adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. Med Clin (Barc) 2002; 119(4): 130-137.
4. Emery S, Neuhaus JA, Phillips AN, et al.: Major clinical outcomes in antiretroviral therapy (ART)-naïve participants and in those not receiving ART at baseline in the SMART study. J Infect Dis 2008, 197(8):1133-44.
5. Escobar I, Campo M, Martín J, Fernández-Shaw C, Pulido F, Rubio R. Factors affecting patient adherence to highly active antiretroviral therapy. Ann Pharmacother 2003; 37: 775-781.
6. Igwegbe AO Ugboada JO, Nwajiaku LA Prevalence and determinants of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive pregnant women in Nnewi Nigeria. Int J. Med Med. Sci.
7. Miller GL, Hays RD Adherence to Combination Antiretroviral Therapy: Synthesis of the Literature and Clinical Implications Posted: 03/01/2000; AIDS Read. 2000;10(3)
8. Knobel H, Carmona A, Grau S, Pedro J, Diez A. Adherence and effectiveness of highly active antiretroviral therapy. Arch Intern Med 1998; 158: 163
9. Low-Beer S, Yip B, O'shaughnessy M, Hogg R, Montaner J. Adherence to triple therapy and viral load response. J Acquir Immune Defic Syndr 2000; 23: 360-371.
10. Bangsberg D. Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. Clin Infect Dis. 2006; 43(7): 939-941.
11. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagener MM, Singh N. "Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection Ann Intern Med. 2000 jul 4; 133(1):21-30
12. Nachega JB, Hislop M, Dowdy DW, Chaisson RE, Regensber L, Maartens G. Adherence to nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor-based HIV therapy and virologic outcomes. Ann Intern Med 2007; 146(8): 564-573

13. Parienti JJ, Das-Douglas M, Massari V, Guzman D, Verdon R, et al. Not all missed doses are the same: sustained NNRTI treatment interruptions predict HIV rebound at low-to-moderate adherence levels. *PLOS ONE* 2008; 3 (7): e2783
14. Maggiolo F, Ravasio L, Ripamonti D, Gregis G, Quinzan G, Arici C, et al. Similar adherence rates favor different virologic outcomes for patients treated with nonnucleoside analogues or protease inhibitors. *Clin Infect Dis* 2005; 40(1): 158-163.
15. World Health Organization. "Adherence to long-term therapies. Evidence for action". World Health Organization 2004
16. Ortega V, L. Adhesión al tratamiento antirretroviral: una actualización. 2º Seminario de Atención Farmacéutica Grupo de Trabajo de la S. E. F. H. 2004, Barcelona pp 30
17. Campero L, Herrera C, Kendall T, Caballero, M. Bridging the gap between antiretroviral access and adherence in Mexico. *Qual Health Res*; 2007 17(5), 599-611.
18. Chung M, Richardson R, Tapia K, Banki-Nugent S, Kiarie J, Simoni J, et al. A randomized controlled trial comparing the effects of counseling and alarm device on HAART adherence and virologic outcomes. *Plos Medicine* 2011, 8(3); 1-11
19. Maqutu D, Temesgen Z, North D, Naldoo K, Grobler A. Factors affecting first month adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in South Africa. *Afr J AIDS Res* 2010, 9(2), 117-124
20. Rachlis B, Mills E, Cole D. Livelihood security and adherence to antiretroviral therapy in low and middle income settings: a systematic review. *Plos One* 2011; 6(5), 1-15
21. Sepúlveda C, Zúñiga A, Amaya G, Arévalo W, Arias J, et. Al. Características sociodemográficas y determinantes de adhesión terapéutica antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en dos instituciones de Bogotá.
22. Peñarrieta MI, Kendall T, Martínez N, Rivera AM, Gonzáles N, Florabel F, Del Angel E. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2009; 26(3); 333-337
23. Alvis O, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adulto infectados con el VIH-SIDA *An Fac Med* 2009;7(4):266-72
24. Varela A M, Salazar TC, Sánchez CD, Adherencia la tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje *Rev Colombiana de Psicología* 11 (2): 101-113, 2008
25. Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MF Antiretroviral Therapy adherence in Brazil *AIDS* 2004, 18(suppl 3): S15-S20

26. Simoni JM, Huh D, Frick PA, Pearson CR, Andrasik MP, Dunbar PJ, Hooton TM. Peer support and pager messaging to promote antiretroviral modifying therapy in Seattle: a randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009 Dec 1; 52(4):465-473.
27. Singh N, Squier C, Sivek C, et al. Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care*.
28. Corless IB, Kirksey KM, Kempainen J, Nicholas PK, McGibbon C, Davis SM. Lipodystrophy-associated symptoms and medication adherence in HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19: 577-586.
29. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, Gifford AL. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the ACTG adherence instruments. Patient Care Committee & Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the Adult AIDS Clinical Trials Group. *AIDS Care* 2000 Jun; 12(3):255-66
30. Knobel H. ¿Cómo y por qué debe monitorizarse la adherencia al tratamiento antirretroviral en la actualidad? *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20 (10):481-483
31. Piña LJ, Rivera IM. Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. *Ciencia y Enfermería*. 2007; XIII (2): 53-63.
32. Ahumada M, Escalante E, Santiago I. 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*. 2011; 15(1): 55-70.
33. Perez-Patrigeon, S; et al. Use of two spanish translate instruments (SMAQ and AACTG questionnaires) to evaluate prevalence of non-adherence to antiretroviral treatment in HIV infected subject in Mexico City. CD Only: The XV International AIDS Conference Abstract no. B12476
34. Gutiérrez JP (investigador responsable) "Cuestionario a pacientes del subproyecto Tratamiento para personas viviendo con VIH/SIDA y prevención de casos secundarios: una evaluación de la respuesta del sector salud mexicano. 2006-2011.
35. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, Gonzalez J, Ruiz I, Kindelan JM, Carmona A, Juega J, Ocampo A. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*. 2002; 16(4): 605-13
36. Méndez Lora N, del Valle Gómez MO, López González ML, López González I. Descripción del cumplimiento farmacológico antihipertensivo y de sus determinantes psicosociales. *Pharmaceutical Care España* 2006; 8(5): 199-252.

37. McNabb J, Ross JW, Abriola K, Turley C, Nightingale CH, Nicolau DP. Adherence to highly active antiretroviral therapy predicts virologic outcome at an inner-city human immunodeficiency virus clinic Clin Infect Dis. 2001 Sep 1; 33(5):700-5.
38. CENSIDA. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización preliminar hasta la semana 52 del 2012.
39. World Health Organization. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. 2010
40. Lal V, Kant S, Dewan R, Rai S, Biswas A. A two site hospital based study on factors associate with nonadherence to highly active antiretroviral therapy. Indian Journal of Public Health, Vol 54 (4), oct-dec 2010: 179-183
41. Lazo M., Gange S, Wilson T, Anastos K, Ostrow D, Witt M, Jacobson L. Patterns and predictors of changes in adherence to high active antiretroviral therapy: longitudinal study of men and women HIV/AIDS CID 2007;45 (15 November) 1377
42. Aragonés C, Sánchez L, Campos J, Pérez J. Antiretroviral therapy adherence in persons with HIV/AIDS in Cuba. Medicc Review, April 2011, Vol 13 (2)
43. Herraíz F, Villamarín F, Chamarro A. Correlatos psicosociales de la adhesión al tratamiento antirretroviral en el Centro Penitenciario de hombres de Barcelona. Rev Esp Sanid Penit 2008; 10: 80-89
44. Fleury E, Melchíades A, Farias V, Brito A. Persons living with HIV/AIDS: factors associated with adherence to antiretroviral treatment. Cad. Saude Publica, Rio Janeiro, 23(10):2305-2316, out, 2007.
45. Wutoh AK, Brown CM, Kumoji EK, Daftary MS, Jones T, Barnes NA, Powell NJ. Antiretroviral adherence and use of alternative therapies among older HIV-infected adults. J Natl Med Assoc. 2001 Jul-Aug; 93(7-8):243-50.
46. Ruiz-Pérez I, Labry-Lima AO, Prada-Pardal JL, Rodríguez-Baño J, Causse-Prados M, López-Ruz MA, et al. Impacto de los factores demográficos y psicosociales en la no adherencia a los fármacos antirretrovirales. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2006; 24(6):373-8.
47. Gebo KA, Keruly J, Moore RD. Association of social stress, illicit drug use, and health beliefs with nonadherence to antiretroviral therapy. J Gen Intern Med. 2003; 18:104-11.
48. Silva FM, Ximenes, AR, Filho M, Barros D, Arraes, LW, M SA, Fernandes, MP. Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo;51(3):135-139, May-June 2009

49. Kleeberger CA, Phair JP, Strathdee SA, Detels R, Kingsley L, Jacobson LP. Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the Multicenter AIDS Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001; 26(1):82-92.
50. Berg KM, Demas PA, Howard AA, Schoenbaum EE, Gourevitch MN, Arnsten JH. Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *J Gen Intern Med*. 2004; 19(11):1111-7.
51. Reynolds N, Testa M, Marc L, Chesney M, Neidig J, Vella S, Robbins G. Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naïve to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. *AIDS and Behavior* Volume 8, Number 2, 141-150
52. Balandrán DA. Calidad de la atención interpersonal y la adherencia al tratamiento antirretroviral en Centros Ambulatorios para la Atención del VIH-SIDA e ITS (tesis). México (D.F.): Instituto Nacional de Salud Pública, 2010
53. Reynolds N, Sun J, Nagaraja H, Grifford A, Chesney M. Optimizing measurement of Self-reported Adherence with the ACTG Adherence Questionnaire. A cross-protocol analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007; 46(4): 402-409.
54. Kidder D, Wolitski R, Campsmith M, Nakamura G. 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.

Factores socioculturales relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con infección por VIH/SIDA en un hospital federal de referencia



Folio ID: _____



Cuestionario para evaluar los factores sociodemográficos y culturales asociados a la adherencia terapéutica en pacientes con VIH

Con la finalidad de que el hospital puede ofrecerle una mejor atención es importante tener información sobre las características generales de los pacientes y la forma en cómo lleva usted el tratamiento que actualmente recibe. La mayoría de la gente con VIH tiene muchas pastillas para tomar a diferentes horas durante el día. Muchas encuentran que es difícil recordar el horario. No se preocupe por su respuesta, necesitamos saber lo que está sucediendo realmente, no lo que usted cree que nosotros queremos saber, por favor indique la respuesta que mejor responda a su situación, Recuerde que la información que nos proporcione será confidencial y no tiene que contestar si se siente incomodo o no quiere hacerlo, además de que pueda cancelar la entrevista en cualquier momento

PARTE I Características sociodemográficas y culturales					
En esta primera sección comenzaré haciéndole algunas preguntas generales sobre usted y su familia					
1. Edad ¿Cuántos años cumplidos tiene?		2. Sexo ☐ 0. Mujer ☐ 1. hombre	3. Orientación sexual ¿Me podría decir en qué grupo sexual se siente más identificado(a) ?	☐ 0 Heterosexual ☐ 1 Homosexual ☐ 2. Travesti ☐ 3 Transexual ☐ 4 Gay masculino ☐ 5 Gay afeminado ☐ 6 Solo Gay ☐ 7 Bisexual ☐ 8 Otro ¿Cuál? _____	
4. Ocupación ¿Cuál fue su principal actividad que desarrollo la semana pasada?	☐ 0 desempleado ☐ 1 estudiante ☐ 2 empleado ☐ 3 independiente ☐ 4 hogar ☐ 5. Jubilado/pensionado ☐ 6. otro Cuál? _____	5. Estado Civil ¿Actualmente Usted esta...	☐ 0. Soltero ☐ 1. casado ☐ 2. divorciado ☐ 3. unión libre ☐ 4. viudo	6. Escolaridad 6.1 ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que aprobó en la escuela? 6.2 ¿cuál fue el último año que aprobó?	☐ 0 ninguna ☐ 1 preescolar ☐ 2 primaria ☐ 3 secundaria ☐ 4 preparatoria/bachillerato ☐ 5 normal ☐ 6 comercial/técnico ☐ 7 profesionista ☐ 8 posgrado
7 Lugar de residencia 7.1 ¿En qué delegación vive?	☐ 0 Sur (Tlalpan, Coyoacán, Xochimilco, Milpa Alta) ☐ 1 Centro (Benito Juárez, Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc) ☐ 2 Norte (GAM, Azcapotzalco, Venustiano Carranza) ☐ 3 Oriente (Tlahuac,	8. Seguridad en la vivienda ¿Ha vivido en la misma vivienda los últimos 6 meses?	☐ 0. SI ☐ 1. NO	9. Tenencia 9.1 ¿La vivienda que usted habita es?	☐ 0 Rentada ☐ 1 Propia ☐ 2 Prestada ☐ 3. De algún familiar que vive con usted ☐ 4. otro

Factores socioculturales relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con infección por VIH/SIDA en un hospital federal de referencia

	Iztapalapa, Iztacalco) ☐ 4. Poniente (Cuajimalpa, Álvaro Obregón, Magdalena Contreras)						
10. Tipo de piso ¿de qué material es la mayor parte del piso de su vivienda?	☐ 0 Tierra ☐ 1. Cemento ☐ 2. Loseta/mosaico	11. Infraestructura básica de la vivienda. Ahora le preguntaré sobre si tiene algunos bienes en la vivienda donde usted vive. ¿En su vivienda usted cuenta con...?					
		Infraestructura	SI	NO	CUANTOS		
		TV a color					
		Computadora					
		Focos					
		Automóviles					
		Estufa					
		Baño					
		Regadera					
	Habitaciones						
12. Tabaquismo 12.1 ¿Actualmente fuma? <i>Si la respuesta es NO, pase a la pregunta 13.</i>	☐ 0 SI ☐ 1 NO ☐ 2 NO, lo hacía antes	13. Uso de alcohol 13.1 Actualmente consume alcohol <i>Si la respuesta es NO pase a la pregunta 14</i>	☐ 0 SI ☐ 1 NO	14. Uso de drogas En los últimos 6 meses ha utilizado algunas de las siguientes drogas:	☐ 0 SI ☐ 1 NO ☐ 0 SI ☐ 1 NO ☐ 0 SI ☐ 1 NO ☐ 0 SI ☐ 1 NO		
		13.2 En un día que toma, ¿cuántas bebidas alcohólicas toma usted?				_____	Marihuana
		13.3 En la última semana, ¿cuántos días tomó usted bebidas alcohólicas?				_____	Cocaína
							Heroína
12.2 ¿cuántos cigarrillos consume por día?				Anfetaminas			
15. Atención psicológica 15.1 ¿Actualmente recibe atención psicológica? <i>Si la respuesta es no, pase a la pregunta 16</i>	☐ 0 SI ☐ 1 NO	15.2 ¿En dónde recibe el apoyo psicológico?	☐ 0 Hospital Gea González ☐ 1 Clínica Condesa ☐ 2 Instituto Nacional de psiquiatría ☐ 3 Otro ¿Cuál? _____	15.3 ¿Cada cuánto tiempo solicita o tiene una sesión de apoyo psicológico con el especialista?	Número de (periodo) [] Código Periodo [] PERIODO: 1. Días 2. Semanas 3. Meses 4. Años		
16. GAM 16.1 ¿Forma parte de algún grupo de ayuda mutua? <i>Si la respuesta es no, pase a la pregunta 17</i>	☐ 0 SI ☐ 1 NO	16.2 ¿Cada cuánto tiempo participa en alguna sesión de grupo de ayuda mutua?	Número de (periodo) [] Código Periodo [] PERIODO: 1. Días 2. Semanas 3. Meses 4. Años	17. Parejas sexuales En los últimos tres meses ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?			

Factores socioculturales relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con infección por VIH/SIDA en un hospital federal de referencia

18 Tiempo de diagnóstico ¿Me podría decir cuánto tiempo hace que lo diagnosticaron como VIH positivo?	Meses	Años	19 Tratamiento Antirretroviral		Meses	Años			
			19.1 Tiempo de tratamiento ¿Me podría decir cuánto tiempo lleva tomando antirretrovirales?						
			19.2 Número de cápsulas o tabletas cada vez ¿Cuántas cápsulas o tabletas debe tomar de en cada ocasión?						
19.3 Veces por día debe tomar ARV ¿Cuántas veces al día debe tomar las cápsulas o tabletas de los ARV?									
20. Número diferentes esquemas de tratamiento ARV ¿Cuántos esquemas de tratamiento antirretroviral diferentes ha tomado antes del esquema que está tomando actualmente? <i>Si no le han cambiado el esquema pase a la pregunta 21</i>			21. Estado de ánimo A continuación se enuncian algunas situaciones. Describa por favor, <i>durante la última semana</i> con qué frecuencia ha sentido lo que le mencionaré a continuación						
				Nunca	Rara vez	Algunas veces	Con frecuencia	siempre	
			¿Tuvo dificultad para concentrarse en lo que estaba haciendo?						
			¿Tuvo la sensación de que todo lo que hacía le costaba trabajo?						
			¿Tuvo dificultad para dormir?						
			¿Se sintió solo(a)?						
			¿Se sintió triste?						
22. Percepción del tratamiento ARV 22.1 Efectos positivos de ARV si se toman bien Tomar los medicamentos antirretrovirales como lo prescribe el médico puede hacer saludable a las personas viviendo con VIH y tener efectos positivos sobre su vida	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	23. Confianza en el personal de salud 23.1 ¿Tiene confianza en el personal de salud que lo atiende?		☐ 0 SI ☐ 1 NO		
22.2 ARV no efectivo si no se toma bien Cuando un medicamento antirretroviral no se toma adecuadamente el virus no es controlado					23.2 Comprensión del médico ¿Siempre entiendo lo que me dice mi médico?		☐ 0 SI ☐ 1 NO		
22.3 Importancia de tomar medicamentos ARV Dejar de tomar los medicamentos antirretrovirales de vez en cuando no es importante para el control del VIH/SIDA.					23.3 Evaluación de la relación con personal de salud Cómo calificaría la relación que tiene con el personal de salud que lo atiende		☐ 0 Excelente ☐ 1 Buena ☐ 2 Regular ☐ 3 Mala ☐ 4 Pésima		

Factores socioculturales relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con infección por VIH/SIDA en un hospital federal de referencia

24. Desabasto de medicamentos En los últimos seis meses ¿ha dejado de tomar las cápsulas o tabletas del tratamiento antirretroviral debido a que no le proporcionaron los medicamentos por desabasto que había en la farmacia de la clínica?	☐ 0 SI ☐ 1 NO	25. Estigma sentido, discriminación	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		25.1 Las personas con VIH positivo son marginadas socialmente				
		25.2 Ha perdido amigos por decirles que es VIH positivo				
		25.3 Siente que recibe peor atención de los médicos a causa de ser VIH+, comparado con los pacientes que no lo son				

PARTE II Adherencia Cuestionario SMAQ

1 Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	☐ si ☐ no
2 ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	☐ si ☐ no
3 Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal?	☐ si ☐ no
4 ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	☐ si ☐ no
5 En la última semana ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?	a. Ninguna b. 1-2 c. 3-5 d. 6-10 e. >10
6 Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?	

PARTE III Apoyo familiar percibido cuestionario DUKE

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5. Recibo amor y afecto					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					

Factores socioculturales relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con infección por VIH/SIDA en un hospital federal de referencia

8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimientos importante en mi vida					
11 Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
Parte IV. Características clínicas de la infección por VIH/SIDA					
Fecha		Folio ID			
Fecha de consulta previa					
Carga viral anterior		Carga Viral Actual			
Conteo CD4 anterior		Conteo CD4 actual			
Peso previo		Peso Actual			
# hospitalizaciones en los últimos 6 meses					
Infecciones sobreagregadas		SI	NO	¿Cuáles?	
Esquema ARV (Fármacos, dosis, tabletas)					
Comorbilidades					