

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS PARA SU ABORDAJE¹

MARÍA TERESA VARELA ARÉVALO*
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, CALI, COLOMBIA

ISABEL CRISTINA SALAZAR TORRES**
UNIVERSIDAD DE GRANADA, ESPAÑA

DIEGO CORREA SÁNCHEZ***
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI, COLOMBIA

Recibido, junio 20/2008

Concepto evaluación, noviembre 10/2008

Aceptado, noviembre 25/2008

Resumen

La adherencia al tratamiento constituye actualmente una de las principales preocupaciones en relación al control del VIH/sida, asociándose fuertemente al éxito o fracaso terapéutico. Este estudio de revisión muestra cómo la adherencia al tratamiento ha sido tradicionalmente considerada como la toma de medicamentos antirretrovirales y la asistencia a las citas médicas; aspectos que no reflejan la complejidad del tema. La evidencia sobre la relación entre la adherencia al tratamiento y diversos factores que podrían ser facilitadores u obstáculos, es amplia pero en ocasiones poco concluyente. A partir de esta revisión se plantea una concepción integral del comportamiento de adherencia para el control de la infección por VIH/sida, considerando varias competencias simples o complejas necesarias para cumplir con el régimen terapéutico. Por otro lado, con el objetivo de proponer nuevos lineamientos de evaluación de la adherencia al tratamiento para el VIH/sida y de los factores asociados que permitan diseñar intervenciones más eficaces, se identifican los factores asociados a la adherencia con mayor apoyo empírico relacionados con el paciente, con el sistema de salud, con la enfermedad y el tratamiento, como los sociales-interpersonales y los culturales.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, VIH/sida, factores asociados a la adherencia, estudio de revisión.

ADHERENCE TO TREATMENT IN HIV/AIDS INFECTION. THEORETICAL AND METHODOLOGICAL CONSIDERATIONS FOR DEALING WITH THIS PROBLEM

Abstract

Adherence to treatment is currently of main concern for HIV/AIDS control, being associated with treatment success or failure. This systematic review highlights that adherence to treatment is a concept that traditionally refers only to antiretroviral medication intake and attendance at medical appointments. However, these aspects do not reflect the complexity of this topic. There is evidence about the relation between adherence to treatment and other factors that could facilitate or hinder its effectiveness but usually this evidence is not conclusive. In this review, an integral concept of adherence to treatment for HIV/AIDS infection is proposed, considering several simple and complex competences necessary to carry out the therapeutic regime. Additionally, factors with stronger empirical support associated with adherence are identified, including those related to the patient, the health system, the illness and the treatment, as well as social-interpersonal and cultural factors. The aim of this review is to propose new guidelines to evaluate adherence to treatment for HIV/AIDS infection and factors that are associated to it, in order to allow the design of more effective interventions.

Key words: adherence to treatment, HIV/AIDS, factors related to adherence, systematic review.

* Enviar correspondencia a: María Teresa Varela. Pontificia Universidad Javeriana. Profesora Departamento de Ciencias sociales, Investigadora Grupo Psicología, Salud y Calidad de Vida, financiada por la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. Calle 18 # 118-250 Vía a Pance, Cali. mtvarela@javerianacali.edu.co

** Investigadora Grupo Psicología, Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana. Estudiante, Doctorado en Psicología de la Salud, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Cali, Colombia. isalazar@javerianacali.edu.co

*** Profesor Departamento de Ciencias Sociales, Investigador Grupo Psicología, Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia. dcorrea@javerianacali.edu.co

¹ Investigación del grupo Psicología, Salud y Calidad de Vida, financiada por la Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.

ADERÊNCIA AO TRATAMENTO NA INFEÇÃO POR VIH/SIDA. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

Resumo

A aderência ao tratamento é uma das principais preocupações para controlar o VIH/Sida; é associada ao sucesso ou ao fracasso terapêutico. Este estudo de revisão mostra que a aderência ao tratamento tem sido considerada tradicionalmente a tomada de medicinas antirretrovirais e ir as citações médicas. Mais, estes aspetos não refletem a complexidade do tema. A evidência da relação entre aderência ao tratamento e diversos fatores que poderiam ser facilitadores ou obstáculos é ampla, mais pouco conclusiva. Nesta revisão, é proposta uma conceção integral do comportamento de aderência ao controle da infecção pelo VIH/Sida, considerando várias competências simples ou complexas, necessárias para cumprir o regime terapêutico.

Além disso, são identificados os fatores associados à aderência com maior apoio empírico relacionados ao paciente, ao sistema de saúde, à doença e o tratamento, assim como fatores sociais, pessoais e interculturais, a fim de propor novos lineamentos de avaliação da aderência ao tratamento de VIH/Sida e dos fatores associados que permitam desenhar intervenções mais eficazes.

Palavras-chave: aderência ao tratamento, VIH/Sida, fatores associados à aderência, estudo de revisão

INTRODUCCIÓN

A pesar de los grandes avances clínicos y farmacológicos para controlar la infección por VIH/sida, su expansión sigue en aumento. Las últimas cifras mundiales informan que a finales de 2007 había 33,2 millones de personas en el mundo con VIH; en el curso de ese año 2,5 millones contrajeron la infección y 2,1 millones murieron a causa del Sida (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2008; ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007). En Latinoamérica el número de personas infectadas se aproxima a 1,6 millones. En Colombia hasta el 2006 se conocían 160.000 casos (Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA, 2006; ONUSIDA, 2006); sin embargo, estas cifras están sujetas al importante problema de subregistro respecto a la infección por VIH/sida en el país, de manera que actualmente la prevalencia estimada para personas entre 15 y 49 años es de 0,7%, es decir de aproximadamente 171.500 casos, notificándose un caso en hombres por cada 2,4 casos en mujeres (Ministerio de la Protección Social y ONUSIDA, 2008; ONUSIDA, s.f).

Las nuevas combinaciones de medicamentos antirretrovirales para controlar el VIH/sida, conocidas también como terapia antirretroviral altamente activa (TARGA o HAART por sus siglas en inglés) han demostrado ser eficaces para reducir la carga viral y mejorar los resultados clínicos, la sobrevivencia y la calidad de vida. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (2004) señala que sólo un tercio de quienes tienen acceso a la terapia antirretroviral [TAR] toman su medicación adecuadamente, poniendo de manifiesto tasas de adherencia al tratamiento

subóptimas y el poco impacto de éstas en el control de la enfermedad. Aunque la adherencia al tratamiento se considera como un factor fuertemente asociado al éxito o fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas, en el caso del VIH/sida tiene una importancia adicional como factor decisivo para el éxito del tratamiento, teniendo en cuenta que la rápida velocidad de replicación y mutación del virus requiere grados muy altos de adherencia para lograr una supresión duradera de la carga viral (OMS, 2004). Así, la baja adherencia al tratamiento facilita la resistencia a los medicamentos y aumenta la vulnerabilidad del organismo a infecciones oportunistas.

La baja adherencia a los tratamientos antirretrovirales ha sido, en los últimos años, motivo de preocupación para la comunidad científica internacional, razón por la cual en este lapso ha aumentado el interés investigativo acerca de los factores relacionados con ésta (Ballester, García, Reinoso y Campos, 2002; Carballo *et al.*, 2004; Carrieri *et al.*, 2003; Catz, Kelly, Bogart, Benotsch y McAuliffe, 2000; Chesney *et al.*, 2000; Enríquez, Gore, O'Connor y McKinsey 2004; Glass *et al.*, 2006; Godin, Co~Té, Naccache, Lambert y Trottier, 2005; Hosek, Harper y Domanico, 2005; Ickovics y Meade, 2002; Jones *et al.*, 2003; Kalichman *et al.*, 2001; Kumarasamy *et al.*, 2005; Ladero, Orejudo y Carrobbles, 2005; Lewis, Colbert, Erlen y Meyers, 2006; Marco, Knobel y Guelar, 2000; Mcroft *et al.*, 2001; Murphy *et al.*, 2003; Murphy, Marelich, Hoffman y Steers, 2004; Remor, 2002; Reynolds, 2003; Safren *et al.*, 2005; Spire *et al.*, 2002; Tsasis, 2001; Tucker *et al.*, 2004).

De acuerdo con este estudio de revisión del tema, uno de los aspectos críticos lo constituye la disociación que existe entre la conceptualización de la adherencia y lo que

ocurre en el ámbito investigativo y en la práctica clínica, pues en estos últimos campos se abordan únicamente los aspectos farmacológicos, restringiéndose los indicadores de adherencia al tratamiento a la toma de medicamentos antirretrovirales y, en ocasiones, a la asistencia a las citas médicas. No obstante, el éxito del control del VIH/sida no depende exclusivamente de estos factores, sino que además requiere de la adherencia a múltiples aspectos no farmacológicos relacionados con cambios en los estilos de vida que aumentan la eficacia del tratamiento y disminuyen la posibilidad de resistencia a los medicamentos, la reinfección y la transmisión del virus a otras personas (Abel y Painter, 2004; Ballester *et al.*, 2002; Carballo *et al.*, 2004; Catz *et al.*, 2000; Glass *et al.*, 2006; Kalichman *et al.*, 2001; Lewis *et al.*, 2006; Marco *et al.*, 2000; Martin, 2004; Meichenbaum y Turk, 1971; OMS, 2004; Osterberg y Blaschke, 2005; Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006; Simoni, Frick, Lockhart y Liebovitz, 2002; Spire *et al.*, 2002; Tsisis, 2001).

De acuerdo con lo anterior, el principal propósito de este trabajo es presentar a la comunidad científica una nueva propuesta para la conceptualización de la adherencia al tratamiento y una organización de los factores relacionados con ella, con el fin de contribuir a una medición válida y fiable de la adherencia para la infección por VIH/sida. Cabe destacar que no existe hasta la fecha una medida exacta y única de referencia para la adherencia (Carballo *et al.*, 2004; Marco *et al.*, 2000) y que la dificultad a nivel conceptual se refleja también en su operacionalización y evaluación (OMS, 2004; Ortiz y Ortiz, 2007).

Inicialmente se presenta en el artículo un recorrido histórico por la literatura sobre la adherencia al tratamiento, analizando las definiciones clásicas y actuales, y proponiendo el término adecuado para nombrarla. Posteriormente, se plantea una nueva definición de la adherencia al tratamiento retomando algunos elementos de estas definiciones y circunscribiéndolas al contexto del VIH/sida. Finalmente, se revisan los factores asociados al comportamiento de adherencia al tratamiento y se propone una nueva clasificación, con base en las investigaciones generales sobre el tema y específicas para el VIH/sida.

Para el estudio de revisión se analizaron 81 referencias bibliográficas que incluyen artículos de revista, libros e informes científicos, publicados principalmente en las bases de datos EBSCO, Proquest, APA-Psycarticles, ISI Web of Science, ScienceDirect, HINARI, Ovid y Academic OneFile, y en revistas científicas electrónicas, entre los años 1999 y 2008. De éstos, 60 son estudios empíricos y 21 son teóricos o de revisión, que responden a alguna o varias de las siguientes palabras clave en los idiomas

español e inglés: adherencia al tratamiento, adhesión terapéutica, VIH/sida, *adherence to treatment*, HIV/AIDS. De estos estudios, 64 se refieren específicamente a la adherencia al tratamiento en VIH/sida y los demás hacen referencia al tema en otras enfermedades crónicas.

Antecedentes de la adherencia al tratamiento

Históricamente, la conceptualización de la adherencia al tratamiento ha implicado la delimitación y diferenciación de otros términos como el de cumplimiento de prescripciones médicas, alianza terapéutica, cooperación y adhesión terapéutica, entre otros (Haynes, 1979, Blackwell, 1982, Friedman y DiMateo, 1989 citados por Meichenbaum y Turk, 1991). Aunque existe polémica en torno a los términos de adhesión y adherencia, de acuerdo con una revisión del tema, la adherencia al tratamiento es el término más adecuado por “el sentido psicológico que entraña” (Martin, 2004, p. 1; Martin y Grau, 2004), siendo este término respaldado también por la OMS (2004) en su informe sobre la adherencia a los tratamientos a largo plazo.

Además de la diferenciación semántica, la conceptualización como tal ha sido diversa, compleja y aun insuficiente (Martin, 2004; Ortiz y Ortiz, 2007; Varela, Salazar y Correa, 2007a,b). Sin embargo, independientemente de la denominación utilizada (adhesión o adherencia), con el transcurso de los años, ésta ha ido trascendiendo la connotación reduccionista de cumplimiento o seguimiento de las instrucciones médicas, otorgándosele cada vez más un carácter de voluntariedad y un papel activo al paciente, y a su vez, ha incluido otros aspectos no-farmacológicos propios de los tratamientos (e.j., modificación de estilos de vida, asistencia a las citas médicas, comunicación con el profesional de la salud, aceptar formar parte del plan terapéutico, etc.).

DiMatteo y DiNicola (1982 citados por Amigo, Fernández y Pérez, 1998) ampliaron la definición clásica de cumplimiento, relacionando la adherencia al tratamiento con “un compromiso de colaboración activa e intencionada del paciente en un curso de comportamiento, aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado” (p. 232). Meichenbaum y Turk (1991) añaden que la adhesión al tratamiento cubre una variedad de conductas como formar parte y continuar un programa de tratamiento, mantener las horas de consulta con otros especialistas, tomar correctamente la medicación prescrita, desempeñar cambios adecuados en el estilo de vida, realizar el régimen terapéutico domiciliario y evitar comportamientos de riesgo. Amigo *et al.* (1998) la definen como una conducta meta que incluye la incorporación puntual o definitiva de nuevos hábitos en la rutina

diaria de la persona, que serán beneficiosos para su salud. La inclusión (así sea gradual) de dichos hábitos (simples o complejos), requiere saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer, por lo tanto, “el paciente ha de disponer de habilidades de diferente grado de complejidad” (p. 231) Por su parte, Bimbela (2002) propone que la adherencia es la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida.

La OMS (2004) adopta y promueve el concepto de adherencia al tratamiento refiriéndose a éste como el grado en el cual el comportamiento del paciente –la toma de los medicamentos y la introducción de cambios en su estilo de vida– responde a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud. Además, resalta la importancia de la conformidad del paciente con su tratamiento y la participación como socio activo con los profesionales de la salud en su propia atención. Martin y Grau (2004) precisan que la adherencia al tratamiento consiste en un repertorio de conductas moduladas por componentes subjetivos.

Definición de la adherencia al tratamiento

Retomando algunos elementos de las definiciones anteriores y en un esfuerzo por aportar al desarrollo del concepto, en este estudio de revisión se plantea que la adherencia al tratamiento en VIH/sida consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad. Los comportamientos de adherencia al tratamiento hacen referencia a la incorporación (si son nuevos), perfeccionamiento (si ya existen) de hábitos en el estilo de vida y a la modificación de aquéllos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de su enfermedad (Varela *et al.*, 2007a,b).

La adherencia al tratamiento implica entonces múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento. En el caso del VIH/sida, tales comportamientos incluirían tomar los medicamentos antirretrovirales según las prescripciones médicas (en los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis); asistir a la citas médicas periódicas y con otros profesionales de la salud; realizarse los exámenes de control (CD4, carga viral, citología, etc.); realizar ejercicio regularmente; alimentarse según las recomendaciones médicas y nutricionales;

manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión); evitar el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillo y drogas ilegales); adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual [ITS]; observar el propio cuerpo para detectar si hay cambios y; priorizar el cuidado de sí mismo (no descuidar el propio tratamiento por atender el de los demás, sacar tiempo para sí mismo, cuidar la apariencia física y la imagen personal, etc.).

Dichos comportamientos de adherencia al tratamiento pueden, a su vez, ser facilitados por otros comportamientos y habilidades para controlar situaciones que interfieren o podrían interferir con la obtención de los objetivos terapéuticos, tal y como lo recomendaron Amigo *et al.* (1998). Entre estos podría resaltarse el uso de estrategias eficaces para identificar los medicamentos, para recordar su toma, para manejar los efectos adversos y para organizar el plan terapéutico (integrando varios medicamentos, dosis variables y horarios); discutir con el médico y/o profesional de la salud las dudas respecto al VIH y el plan de tratamiento; buscar información relacionada con la enfermedad y el tratamiento; buscar ayuda profesional para solucionar algún problema emocional; buscar apoyo social en otras personas, grupos o instituciones para solucionar situaciones difíciles o problemáticas; llevar consigo dosis de los medicamentos (cuando sabe que se le puede pasar el horario en que debe tomarlos); tener reserva de medicamentos para no suspender el tratamiento en caso que se retrase su entrega por parte del sistema de salud; buscar alternativas para tomar los medicamentos sin que los demás se den cuenta de su diagnóstico; saber cómo contestar las preguntas relacionadas con la enfermedad o el tratamiento que le hacen otras personas manteniendo la privacidad; utilizar estrategias legales para hacer respetar su derecho a recibir oportunamente el tratamiento; reorganizar las rutinas diarias para responder a las necesidades que van surgiendo a causa del VIH y su tratamiento (ajustar horarios de comidas y de sueño, etc.); mantener preservativos disponibles, entre otros.

El desarrollo y mantenimiento de los comportamientos de adherencia al tratamiento por parte del paciente, dependerá en gran medida de la “negociación” y realización de acuerdos con el profesional de la salud sobre el régimen terapéutico y la aceptación para formar parte de dicho plan de tratamiento.

Factores relacionados con la adherencia al tratamiento

Un principio fundamental para comprender la adherencia al tratamiento es que ésta se debe principalmen-

te al comportamiento del individuo (lo que hace y deja de hacer) en función de los objetivos terapéuticos, y que por lo tanto, tendrá influencia directa sobre su salud y su calidad de vida. Pero a este principio hay que agregarle otros elementos (denominados aquí como “factores” del individuo, de la enfermedad, del contexto y de su interacción) importantes para comprender de manera funcional, cómo, cuándo, por qué y para qué se desarrolla el comportamiento de adherencia.

A este respecto, se encontró que existen diversas clasificaciones de los factores asociados con la adherencia al tratamiento. Una de ellas fue propuesta por Meichenbaum y Turk (1991) quienes después de revisar varios estudios formaron cuatro grupos de variables: las del paciente, de la enfermedad, del tratamiento y de la relación con el profesional de la salud. La OMS (2004), por su parte, plantea que existen cinco grupos de factores: socioeconómicos, relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el tratamiento y con el sistema de asistencia sanitaria. Como puede observarse, hay coincidencia en algunas de las categorías; sin embargo, mientras que para Meichenbaum y Turk (1991) los factores socioeconómicos están incluidos en los del paciente, la OMS (2004) los diferencia. Asimismo, en la primera clasificación, se mencionan las variables de la relación con el profesional de la salud que para la OMS (2004) hacen parte, junto con otros, de los factores del sistema de salud.

La revisión de múltiples investigaciones sobre el tema permite reconsiderar estas categorías y plantear una clasificación que incluye un nuevo factor relacionado con aspectos sociales e interpersonales y unir aquéllos relacionados con la enfermedad y con el tratamiento en uno solo. De esta manera, la adherencia al tratamiento en VIH/sida estaría asociada con: a) factores personales, b) de la enfermedad y el tratamiento, c) del sistema de salud y, d) sociales-interpersonales. Al interior de cada factor podrían encontrarse diversas variables que han sido planteadas por varios estudios. Las tablas 1 a la 4 resumen aquellas variables que tienen mayor apoyo en las investigaciones y se identifican como relevantes (identificadas con *) y otras variables que fueron asociadas con la adherencia al tratamiento en VIH/sida por uno o pocos estudios.

- *Factores personales*

Los factores personales se refieren a las características del paciente. Específicamente para el caso de la adherencia al tratamiento en el VIH/sida, los principales factores que tienen evidencia empírica son las variables sociodemográficas, algunas de tipo cognitivo, emocional y de la motivación, el afrontamiento de la enfermedad, los pro-

blemas psiquiátricos, el consumo de sustancias psicoactivas y la historia de tratamientos previos al diagnóstico de VIH/sida. La tabla 1 resume los factores personales que obstaculizan o facilitan la adherencia al tratamiento.

1. Las **características sociodemográficas**, en general, han sido relacionadas con la adherencia al tratamiento en VIH/sida (Chesney *et al.*, 2000, Ickovics y Meade, 2002, Simoni *et al.*, 2002; OMS, 2004). No obstante, existe una gran divergencia respecto al papel de estas características como aspectos que facilitan u obstaculizan la adherencia. Por ejemplo, algunos autores reconocen la *edad* como un obstáculo para la adherencia al tratamiento (e.j., Glass *et al.*, 2006; Gordillo, Del Amo, Soriano y González, 1999; Spire *et al.*, 2002; Sternhell y Corr, 2002), mientras que otros afirman que la vejez sería un facilitador (e.j., Murphy *et al.*, 2004). En cuanto al *nivel educativo* parece existir un mayor acuerdo, pues se indica que un bajo nivel educativo se asocia como un obstáculo para la adherencia al tratamiento (e.j., Catz *et al.*, 2000; Gordillo *et al.*, 1999).

Respecto al *nivel de ingresos familiares* se afirma que cuando éstos son bajos, constituyen un obstáculo para la adherencia al tratamiento (Carballo *et al.*, 2004; Spire *et al.*, 2002), mientras que ingresos altos pueden actuar como un facilitador (Carballo *et al.*, 2004). Por otra parte, algunas *características del domicilio* del paciente como tener o no donde vivir, las personas con quien se vive, vivir solo, vivir lejos de la familia nuclear, cambiar de casa o de ciudad después del diagnóstico han sido relacionadas como facilitadores de la adherencia al tratamiento por varios estudios (e.j., Berg *et al.*, 2004; Carballo *et al.*, 2004; Godin *et al.*, 2005). Finalmente, los estudios mencionan otras características sociodemográficas en relación con la adherencia al tratamiento como la *condición socioeconómica* (e.j., Carballo *et al.*, 2004; Ortíz, 2004; Spire *et al.*, 2002), el *sexo* (e.j., Mcroft *et al.*, 2001; Godin *et al.*, 2005) y el *estado civil* (e.j., Spire *et al.*, 2002), pero no existe una fuerte evidencia al respecto.

2. Otro factor personal relacionado con la adherencia al tratamiento en VIH/sida es la **historia de tratamientos de la persona**, incluyendo *tratamientos anteriores al diagnóstico de VIH/sida* (Spire *et al.*, 2002) y los *comportamientos de adherencia en el pasado* que podrían ser un facilitador (Piña *et al.*, 2006) o un obstáculo (Spire *et al.*, 2002; Sternhell y Corr, 2002), según hayan sido eficaces o no, respectivamente.

3. Los **factores cognitivos**, por su parte, han sido ampliamente relacionados con la adherencia al tratamiento en VIH/sida (Chesney *et al.*, 2000; Bartlett, 2002, Eldred, Wu, Chaisson y Moore, 1998, Friedland y Williams, 1999,

Tabla 1

Factores personales relacionados con la adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida

	Factores	Facilitador de la AT	Obstáculo de la AT	Total estudios
Características sociodemográficas	Edad*	1	4	5
	Nivel de ingresos familiares*	1	2	3
	Domicilio*	3		3
	Nivel educativo*		2	2
	Condición socioeconómica	1	2	3
	Sexo	2		2
	Estado civil		1	1
Factores cognitivos	Creencias sobre TAR*	4	9	13
	Conocimientos*	6	5	11
	Autoeficacia *	7	3	10
	Olvido de TAR y recomendaciones*		9	9
	Percepción de riesgo y de vulnerabilidad*	1	2	3
	Creencias sobre enfermedad		2	2
	Autocontrol		1	1
Factores de la motivación	Intención de no tomarse el medicamento*		4	4
	Actitud positiva hacia los medicamentos*	3		3
	Recordar el estatus seropositivo al tomar la TAR		2	2
	Insatisfacción con el TAR		1	1
Factores emocionales	Presencia de indicadores de trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés*		13	13
	Presencia de estados afectivos y emocionales positivos	2		2
	Consumo de alguna sustancia psicoactiva*	1	6	7
	Indicadores de problemas psiquiátricos*	3	3	6
	Afrontamiento*	3	2	5
	Historia de tratamientos previos al diagnóstico de VIH/sida*	1	3	4

Nota: AT=adherencia al tratamiento; TAR=terapia antirretroviral. *Factores personales que tienen evidencia empírica sobre su relación con la adherencia al tratamiento para la infección por VIH/sida.

Kalichman, Ramachandran y Catz, 1999, Wenger *et al.*, 1999, Singh *et al.*, 1996, Gifford *et al.*, 2000 citados por Simoni *et al.*, 2002). Uno de los principales obstáculos a este nivel son las *creencias y la percepción sobre el tratamiento antirretroviral*, incluyendo los efectos sobre su calidad de vida, la toxicidad y los efectos secundarios del medicamento, el malestar emocional asociado, la eficacia y la percepción de barreras para el tratamiento. Algunos estudios han relacionado los aspectos anteriores como obstáculos para la adherencia al tratamiento (Ammassari *et al.* 2004; Ballester *et al.*, 2002; Catz *et al.* 2000; Knobel *et al.* 2000; Kumarasamy *et al.* 2005; Spire *et al.* 2002; Sternhell y Corr 2002; Veinot *et al.* 2006; Westerfelt, 2004), mientras que otros apoyan que son facilitadores de ésta (Abel y Painter, 2004; Kumarasamy *et al.* 2005; Lewis *et al.* 2006; Remor, 2002).

Otro aspecto cognitivo que se considera relevante y ha sido estudiado es el *conocimiento*, pero su relación con la adherencia al tratamiento ha sido polémica. Para algunos, un adecuado conocimiento no sólo de la enfermedad, sino también del tratamiento antirretroviral y las instrucciones para tomarlo, de las recomendaciones no-farmacológicas, de la relación entre adherencia al tratamiento y enfermedad y del estado clínico actual, son aspectos que facilitan la adherencia (Kalichman *et al.*, 2001; Kumarasamy *et al.*, 2005; Piña *et al.*, 2006; Reynolds, 2003; Ortíz, 2004), y por el contrario, la falta de conocimiento o los conocimientos inadecuados son un obstáculo para lograrla (Catz *et al.*, 2000; Knobel *et al.*, 2000; Sternhell y Corr, 2002; Tucker *et al.*, 2004; Veinot *et al.*, 2006).

La *autoeficacia*, específicamente en un sentido positivo, ha sido considerada como un factor que facilita

la adherencia al tratamiento (e.j., Abel y Painter, 2004; Godin *et al.*, 2005; Kalichman *et al.*, 2001; Lewis *et al.*, 2006; Remor, 2002; Luszczynska, Sarkar y Knoll, 2007; Ortíz, 2004), mientras que una baja autoeficacia actúa como un obstáculo (Murphy *et al.*, 2003; Simoni *et al.*, 2002; Westerfelt, 2004).

Entre las variables cognitivas que se asocian con una baja adherencia está el *olvido de la toma de los medicamentos y las recomendaciones médicas* (e.j., Ammassari *et al.*, 2004; Knobel *et al.*, 2000; Murphy *et al.*, 2003; Remor, 2002; Catz *et al.*, 2000; Simoni *et al.*, 2002). Incluso, varios estudios mencionan que éste es un importante obstáculo, principalmente, en los hombres (Ballester *et al.*, 2002; Fernández, López, Comas, García y Cueto, 2003).

4. A nivel **emocional** han sido identificados como obstáculos para la adherencia al tratamiento, factores como la presencia de *indicadores de trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés* (e.j., Ammassari *et al.*, 2004; Ballester *et al.*, 2002; Carballo *et al.*, 2004; Catz *et al.*, 2000; Fernández *et al.*, 2003; Gonzalez *et al.*, 2004; Gordillo *et al.*, 1999; Hosek *et al.*, 2005; Kalichman *et al.*, 2001; Roberts y Mann, 2003; Simoni *et al.*, 2002; Spire *et al.*, 2002; Veinot *et al.*, 2006). Por el contrario, la presencia de *estados afectivos y emocionales positivos* se ha relacionado como un facilitador de la adherencia, pero con poca evidencia (Gonzalez *et al.*, 2004; Lewis *et al.*, 2006).

5. Entre los factores a nivel de la **motivación** se informa, por ejemplo, sobre la *intención de no tomarse los medicamentos antirretrovirales*, la cual funcionaría como una barrera para la adherencia al tratamiento (Kalichman *et al.*, 2001; Mcroft *et al.*, 2001; Roberts y Mann, 2003; Westerfelt, 2004), mientras que una actitud positiva frente a éstos sería un facilitador para adherirse a la TAR (Spire *et al.*, 2002; Godin *et al.*, 2005; Ballester *et al.*, 2002). Lo que se observa con respecto a los factores de la motivación es que se cuenta con menor evidencia que en los demás factores personales y su relación con la adherencia al tratamiento.

6. Otro aspecto personal que se ha relacionado con la adherencia es el **afrentamiento** del diagnóstico, el tratamiento y sus efectos secundarios, así como de la evolución y el pronóstico de la enfermedad. Entre los que estudios indican que un déficit en este sentido sería un obstáculo, están los de Abel y Painter (2004) y Knobel *et al.* (2000), y por otro lado, están los que afirman que un afrontamiento adecuado sería un factor que favorece la adherencia al tratamiento (Enriquez *et al.*, 2004; Lewis *et al.*, 2006; Molassiotis *et al.*, 2003).

7. Los **indicadores de problemas psiquiátricos** presentan una situación similar. Para varios estudios la

presencia de estos indicadores sería un obstáculo para la adherencia (Berg *et al.*, 2004; Marco *et al.*, 2000; Tucker *et al.*, 2004) y su ausencia sería un facilitador (Carballo *et al.*, 2004; Molassiotis *et al.*, 2003; Piña *et al.*, 2006).

8. Por último, un factor personal asociado fuertemente con la adherencia al tratamiento es el **consumo actual de alguna sustancia psicoactiva**, así como los antecedentes de consumo, que en cualquier caso, se considera como una barrera para la adherencia al tratamiento (Hosek *et al.*, 2005; Murphy *et al.*, 2004; Spire *et al.*, 2002; Ammassari *et al.*, 2004; Tucker *et al.*, 2004; Sternhell y Corr, 2002). La ausencia de este elemento, fue mencionada por Molassiotis *et al.* (2003) como un factor a favor de la adherencia.

- *Factores de la enfermedad y del tratamiento*

Este grupo de factores involucra aquellos aspectos y características del VIH/sida y del régimen terapéutico, incluyendo no sólo la TAR, así como sus implicaciones en el estilo de vida. De acuerdo con los estudios realizados, los factores de la enfermedad y del tratamiento relacionados con la adherencia al tratamiento en VIH/sida serían los efectos adversos de la TAR, la complejidad del régimen terapéutico, la interrupción de la rutina diaria y el estilo de vida, el perfil clínico y la progresión de la enfermedad, el costo del tratamiento y la interrupción o modificación del régimen terapéutico. En la tabla 2 se presentan los factores con mayor evidencia en las investigaciones.

1. Los **efectos adversos de la TAR** presentan una relación negativa con la adherencia al tratamiento, y específicamente, en la medida que sean mayores los efectos menor es la adherencia (Knobel *et al.*, 2000; Mcroft *et al.*, 2001; Catz *et al.*, 2000; Marco *et al.*, 2000; Abel y Painter, 2004; Ammassari *et al.*, 2004; Murphy *et al.*, 2003; Veinot *et al.*, 2006; Westerfelt, 2004; Remor, 2002; Simoni *et al.*, 2002; Murphy *et al.*, 2004; Hosek *et al.*, 2005; Fernández *et al.*, 2003; Álvarez, Álvarez, Dorantes y Halperin, 2000; Savini, James y DiGuglielmo, 2003), mientras que la ausencia de dichos efectos se relaciona con una mayor adherencia (Molassiotis *et al.*, 2003; Godin *et al.*, 2005).

2. Asimismo, la alta **complejidad del régimen terapéutico** se ha considerado como obstáculo para la adherencia al tratamiento con suficiente base empírica (Carballo *et al.*, 2004; Catz *et al.*, 2000; Glass *et al.*, 2006; Hosek *et al.*, 2005; Knobel *et al.*, 2000; Marco *et al.*, 2000; Mcroft *et al.*, 2001; Savini *et al.*, 2003; Spire *et al.*, 2002; Sternhell y Corr, 2002; Veinot *et al.*, 2006; Westerfelt, 2004), y por el contrario, la baja complejidad como un factor que la favorece (Abel y Painter, 2004; Carballo *et al.*, 2004).

Tabla 2

Factores de la enfermedad y el tratamiento relacionados con la adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida

Factores	Facilitador de la AT	Obstáculo de la AT	Total estudios
Efectos adversos de la TAR*	2	16	18
Complejidad del régimen terapéutico*	2	12	14
Interrupción de la rutina diaria y el estilo de vida*		10	10
Perfil clínico y progresión de la enfermedad*:			
Tiempo de infección estimado, tiempo de diagnóstico, carga Viral y CD4, estadio CDC	3	4	7
Comorbilidad con otra enfermedad*	1	4	5
Costo del tratamiento		3	3
Interrupción o modificación del régimen terapéutico		3	3
Características del medicamento		2	2
Tiempo de tratamiento		2	2
Vía de transmisión	1		1
Eficacia terapéutica	1		1

Nota: AT=adherencia al tratamiento; TAR=terapia antirretroviral. *Factores de la enfermedad y el tratamiento que tienen evidencia empírica sobre su relación con la adherencia al tratamiento para la infección por VIH/sida.

3. Respecto a la **interrupción de la rutina diaria y del estilo de vida** como consecuencia del TAR y del régimen terapéutico, parece existir consenso en los hallazgos, pues las pruebas la señalan como una barrera para la adherencia al tratamiento en VIH/sida (Catz *et al.*, 2000; Hosek *et al.*, 2005; Knobel *et al.*, 2000; Kumarasamy *et al.*, 2005; Lewis *et al.*, 2006; Murphy *et al.*, 2003; Roberts y Mann, 2003; Tucker *et al.*, 2004; Veinot *et al.*, 2006; Westerfelt, 2004).

4. El **perfil clínico y la progresión de la enfermedad**, que incluye aspectos como el tiempo de infección estimado, el tiempo de diagnóstico, el estado inmunológico (carga viral, CD4, estadio CDC), 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 (Berg *et al.*, 2005; Gordillo *et al.*, 1999; Sternhell y Corr, 2002; Veinot *et al.*, 2006), mientras que otros han encontrado que pueden actuar como un facilitador (Mocroft *et al.*, 2001; Godin *et al.*, 2005; Remor, 2002).

5. La **comorbilidad** con otra(s) enfermedad(es) se ha relacionado principalmente como barrera para la adherencia al tratamiento (Berg *et al.*, 2004; Marco *et al.*, 2000; Sternhell y Corr, 2002; Veinot *et al.*, 2006), aunque Carballo *et al.* (2004) la mencionaron como un facilitador.

Otros factores de la enfermedad y del tratamiento asociados como obstáculos de la adherencia al tratamiento, en menor medida, son el *coste del tratamiento* (Kumarasamy *et al.*, 2005; Tucker *et al.*, 2004; Veinot *et al.*, 2006),

la *interrupción o modificación del régimen terapéutico* debido a la resistencia a los ARV, baja tolerancia a estos, problemas en la provisión de los medicamentos, entre otras (Veinot *et al.*, 2006; Catz *et al.*, 2000; Spire *et al.*, 2002), las *características del medicamento* (Marco *et al.*, 2000; Westerfelt, 2004) y el *tiempo de tratamiento* (Mocroft *et al.*, 2001; Marco *et al.*, 2000). Por otra parte, la *vía de transmisión perinatal* aparece asociada como facilitador de la adherencia (e.j., Veinot *et al.*, 2006), al igual que la *eficacia terapéutica* (e.j., Lewis *et al.*, 2006).

- *Factores sociales/interpersonales*

Los factores sociales/interpersonales hacen referencia a aquellos aspectos particulares de las relaciones que establece el paciente con su familia, amigos, profesionales de la salud y con el entorno en general, que afectan la adherencia al tratamiento. Como se muestra en la tabla 3, la percepción de apoyo social y la relación entre el médico tratante y el paciente son los aspectos sociales/interpersonales más estudiados y con mayor evidencia en el área de la adherencia.

1. La **percepción de apoyo social**, en términos de existencia de sistemas de apoyo, tipo de apoyo y eficacia percibida, ha sido relacionada ampliamente como un facilitador de la adherencia al tratamiento (Berg *et al.*, 2004; Carballo *et al.*, 2004; Catz *et al.*, 2000; Godin *et al.*, 2005; Gonzalez *et al.*, 2004; Gordillo *et al.*, 1999; Kumarasamy *et al.*, 2005; Lewis *et al.*, 2006; Luszczynska *et al.*, 2007; Molassiotis *et al.*, 2003; Murphy *et al.*, 2004; Reynolds,

Tabla 3

Factores sociales/interpersonales relacionados con la adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida

Factores	Facilitador de la AT	Obstáculo de la AT	Total estudios
Percepción de apoyo social*	14	10	24
Relación entre el médico tratante y el paciente*	6	3	10
Ocultar el diagnóstico		2	2
Estigma		2	2

Nota: AT=adherencia al tratamiento; TAR=terapia antirretroviral. *Factores sociales/interpersonales que tienen evidencia empírica sobre su relación con la adherencia al tratamiento para la infección por VIH/sida.

2003; Spire *et al.*, 2002; Veinot *et al.*, 2006), mientras que un bajo nivel de apoyo percibido se relaciona con un obstáculo (Simoni *et al.*, 2002; Ballester *et al.*, 2004; Spire *et al.*, 2002; Sternhell y Corr, 2002; Trzynka y Erlen, 2004; Tucker *et al.*, 2004; Veinot *et al.*, 2006; Catz *et al.*, 2000; Glass *et al.*, 2006; Kumarasamy *et al.*, 2005).

2. La **relación entre el médico tratante y el paciente** ha sido también ampliamente explorada. La evidencia indica que cuando ésta se caracteriza por satisfacción con la relación, confianza para expresar dudas, una percepción positiva del paciente sobre la competencia del profesional, sentimientos positivos, amabilidad en el trato, empatía, retroalimentación al paciente y confidencialidad, entre otros, favorece la adherencia al tratamiento (Abel y Painter, 2004; Bogart, Bird, Walta, Delahantya y Figler, 2004; Godin *et al.*, 2005; Lewis *et al.*, 2006; Marco *et al.*, 2000; Murphy *et al.*, 2004), y que por el contrario, cuando existe una percepción negativa de la relación con el médico, ésta interferiría con la adherencia del paciente (Spire *et al.*, 2002; Veinot *et al.*, 2006; Alvarez *et al.*, 2000).

Otros factores sociales/interpersonales estudiados como obstáculos para la adherencia al tratamiento son el *ocultar el diagnóstico* (Catz *et al.*, 2000; Kumarasamy *et al.*, 2005) y el *estigma* (Abel y Painter, 2004; Marco *et al.*, 2000), sin mayores conclusiones al respecto.

• Factores del sistema de salud

Los factores del sistema de salud son aquéllos relacionados con el acceso a los servicios de salud y las características de la(s) institución(es) en las que el paciente es atendido. Estos factores han sido poco explorados (véase tabla 4), en la mayoría de los casos se trata de la percepción que el paciente tiene sobre ellos y existe poca evidencia respecto al tema, por lo cual resulta inadecuado concluir al respecto. No obstante, en términos generales, se ha informado que las *barreras en el sistema de salud* (e.j., medicamentos que cubre el sistema de salud, costos, tramitología excesiva para obtener los ARV, etc.) (Murphy *et al.*, 2003), el *acceso a consultas, hospitalización, medicamentos y pruebas pronósticas* (Carballo *et al.*, 2004), las *barreras geográficas* para acceder al servicio de salud (transporte, ubicación del centro de salud) (Catz *et al.*, 2000) y la *afiliación a la seguridad social* (Ingaramo *et al.*, 2005) son obstáculos para lograr la adherencia al tratamiento.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la revisión histórica-conceptual realizada, se observa una evolución de lo que se entiende por adherencia al tratamiento, trascendiendo la perspectiva

Tabla 4

Factores del sistema de salud relacionados con la adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida

Factores	Facilitador de la AT	Obstáculo de la AT	Total estudios
Barreras en el sistema de salud		1	1
Acceso		1	1
Barreras geográficas		1	1
Afiliación a la seguridad social	1		1

Nota: AT=adherencia al tratamiento; TAR=terapia antirretroviral.

pasiva (por parte del paciente) del cumplimiento o seguimiento de las prescripciones médicas, limitada en la mayoría de los casos a la toma de medicamentos antirretrovirales y la asistencia a las citas médicas, hasta una concepción más compleja sobre los comportamientos que debe llevar a cabo una persona para cuidar de su salud; con lo cual se incluyen en el tratamiento otros aspectos, como la dieta, el ejercicio, el manejo de los estados emocionales, la autoobservación, la realización de exámenes médicos, la prevención de la reinfección, el abuso y consumo de drogas, entre otros, que son importantes para lograr los objetivos terapéuticos en la infección por VIH/sida.

Adicionalmente, en este trabajo se logró diferenciar los comportamientos de adherencia como tal, de aquellos factores (personales, sociales/interpersonales, de la enfermedad y el tratamiento, del servicio de salud) que tienen alguna influencia para que puedan o no llevarse a cabo dichos comportamientos. Este aspecto es relevante, puesto que en algunos de los estudios revisados esta distinción no resulta tan clara y es factible que existan sesgos que afectan la medición de la variable de interés. Otra razón por la que se considera que esta distinción debe realizarse, es que una concepción integrada y coherente sobre la adherencia al tratamiento permitirá evaluar adecuadamente, por una parte, lo que las personas con VIH/sida hacen para mantener su salud, y por otra, los factores que inciden en dicha actuación; y con ambas medidas relacionadas mediante un buen análisis funcional, podrán enfocarse las intervenciones hacia las necesidades específicas respecto a la adherencia a un tratamiento complejo; asunto que es prioritario para el control de la infección.

El análisis de los estudios que se presentan en este documento, pone de relieve varias limitaciones para lograr el objetivo de generar intervenciones eficaces para la adherencia al tratamiento, que una vez se identifiquen, deben convertirse en retos que hay que superar con el fin de preservar la salud y la calidad de vida de las personas con VIH/sida. En primer lugar, hasta el momento, la medición de la adherencia y de los factores o variables relacionadas a ella da cuenta únicamente de la asociación que existe con tomar el medicamento antirretroviral y asistir a las citas médicas, pero no se incluyen otros comportamientos de adherencia a prescripciones no farmacológicas que también serían importantes a nivel terapéutico. Así, para evaluar la adherencia al tratamiento adecuadamente se hace necesaria la construcción de medidas válidas y fiables, teniendo en cuenta que no existen métodos eficaces que respondan a esta conceptualización integral de la adherencia al tratamiento.

Adicionalmente, la mayoría de factores asociados que se han estudiado son los personales o específicos del

tratamiento y de la enfermedad, pero poco se han explorado aquéllos relacionados con el sistema de salud y los socio-culturales. La escasez de pruebas sobre la relación de los factores del sistema de salud con la adherencia al tratamiento podría explicarse por el bajo número de investigaciones que los evalúan. Otra limitación está relacionada con la ausencia de definiciones conceptuales de las variables evaluadas en la mayoría de los estudios, lo que dificulta saber cómo fueron concebidas y si los resultados pueden compararse con otros estudios que evalúan las mismas variables.

Por último, y relacionado con las diferencias metodológicas de los estudios, cabe mencionar que existe una variabilidad entre ellos, lo cual aporta poco al desarrollo de intervenciones basadas en las pruebas. Sin duda, aún falta investigar con más detalle el peso relativo de todas las variables que han sido mencionadas como determinantes de la adherencia, ya que a la fecha sólo se ha logrado en parte describir el fenómeno e indicar que existe alguna asociación, pero sin encontrar aun indicios de causalidad.

De esta manera, una vez creada una medida adecuada de evaluación de la adherencia al tratamiento, se hace necesario establecer no sólo las asociaciones con factores personales, de la enfermedad y del tratamiento, del sistema de salud y sociales/interpersonales, sino además, si éstos actúan como facilitadores u obstáculos para la adherencia, de manera que pueda intervenir eficazmente sobre ellos.

Esto es, sin duda, un aspecto fundamental para el control de la enfermedad, pues mientras no haya claridad respecto a los antecedentes y los consecuentes del comportamiento de adherencia al tratamiento de los pacientes con VIH/sida, no será posible redireccionar las intervenciones para que sean más eficaces. Frente a esto, las herramientas propias de la psicología se posicionan de manera importante, aportando una mirada más integral de la adherencia y poniendo a disposición estrategias de intervención que: a) fortalezcan en los individuos (e incluso en familiares, médicos, etc.) la comprensión de la relación directa entre los comportamientos y las consecuencias para la salud; b) permitan el desarrollo de comportamientos y habilidades personales para manejar la enfermedad y adherirse al tratamiento; c) fortalezcan la autoeficacia de las personas como un aspecto importante para “tomar el control” de la enfermedad y; d) mejoren su calidad de vida.

Lo anterior implicaría una mayor comprensión de la complejidad del comportamiento de adherencia al tratamiento y sus determinantes por parte de otros profesionales de la salud (en especial en la problemática VIH/sida dadas sus características), lo que permitiría reconocer el

aporte de las otras disciplinas en el abordaje integral, que la mayoría de las veces hace parte de las propuestas de intervención, pero que en la práctica permanecen como intervenciones fragmentadas.

En conclusión, aunque tradicionalmente en el caso del VIH/sida se ha hecho referencia a la adherencia a los tratamientos médicos, especialmente para obtener los beneficios de los medicamentos, controlar la replicación viral y disminuir la resistencia a los medicamentos (AID-Sinfo, 2005; DiMatteo, 2004; Durako, Moscicki, Wilson y Muenz, 2005; Haynes, 1979; Murphy, Sarr, Rand, 1993; Rabkin y Chesney, 1999 citados por Gonzalez *et al.*, 2004); el planteamiento que aquí se realiza, representa un desafío importante para los psicólogos y los científicos del comportamiento, quienes estarían llamados a hacer un aporte mayor en términos de abordar la adherencia al tratamiento como un comportamiento complejo, interactuando por supuesto en equipos interdisciplinarios, ya que éste está influido por variables no sólo psicológicas y biológicas, sino también sociales, culturales y económicas, entre otras.

REFERENCIAS

- Abel, E. y Painter, L. (2004). Factors that influence adherence to HIV medications: perceptions of women and health care providers. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 14(4), 61-69.
- Alvarez, G., Alvarez, J., Dorantes, J. y Halperin, D. (2000). Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Publica de México* 42(6), 520-528.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Ammassari, A., Antinori, A., Aloisi, M. S., Trotta, M. P., Muri, R., Bartoli, L., Monforte, A. D., Wu, A. W. y Starace, F. (2004). Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics*, 45(5), 394-402.
- Ballester, R., García, S., Reinoso, I. y Campos, A. (2002). Gender differences in adherence to treatment and illness behavior in HIV/AIDS patients: an exploratory study in Spain. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(2), 219-235.
- Berg, M. B., Safren, S. A., Mimiaga, M. J., Grasso, C., Boswell, S. y Mayer, K. H. (2005). Nonadherence to medical appointments is associated with increased plasma HIV RNA and decreased CD4 cell counts in a community-based HIV primary care clinic. *AIDS Care*, 17(7), 902-907.
- Bimbela, J. L. (2002). El counseling en atención primaria. *Jano*, 63(1453), 54-60.
- Bogart, L. M., Bird, S., T., Walta, L. C., Delahantya, D. L. y Figler, J. L. (2004). Association of stereotypes about physicians to health care satisfaction, help-seeking behavior, and adherence to treatment. *Social Science & Medicine*, 58, 1049-1058.
- Carballo, E., Cadarso-Suarez, C., Carrera, I., Fraga, J., De la Fuente, J., Ocampo, A., Ojea, R. y Prieto, A. (2004). Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Quality of Life Research*, 13, 587-599.
- Carrieri, M. P., Chesney, M. A., Spire, B., Loundou, A., Sobel, A., Lepeu, G., Moatti, J. P. y the MANIF Study Group. (2003). Failure to maintain adherence to HAART in a cohort of french HIV-positive injecting drug users. *International Journal of Behavioral Medicine*, 10(1), 1-14.
- Catz, S., L., Kelly, J. A., Bogart, L. M. Benotsch, E. G. y McAuliffe, T. L. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology*, 19(2), 124-133.
- Chesney, M. A., Ickovics, J. R., Chambers, D.B., Gifford, A. L., Neidig, J., Zwickl, B. y Wu, A. W. (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence instruments. *AIDS Care*, 12(3), 255-266.
- Enriquez, M., Gore, P. A., O'Connor, M. C. y McKinsey, D. S. (2004). Assessment of readiness for adherence by HIV-positive males who had previously failed treatment. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 15(1), 42-49.
- Fernández, S., López, M. L., Comas, A., García, E y Cueto, A. (2003). Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema* 15 (1), 82-87.
- Glass, T. R., De Geest, S., Weber, R., Vernazza, P. L., Rickenbach, M., Furrer, H., Bernasconi, E., Cavassini, M., Hirschel, B., Battegay, M., Bucher, H. C. y Swiss HIV Cohort Study. (2006). Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients: the swiss HIV cohort study. *Journal of acquired immune deficiency Syndromes*, 41(3), 385-392.
- Godin, G., CoˆTé, 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.
- Gonzalez, J. S., Penedo, F. J., Antoni, M. H., Durán, R. E., Fernandez, M. I., McPherson-Baker, S., Ironson, G., Klimas, N. G., Fletcher, M. A. y Schneiderman, N. (2004). Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23(4), 413-418.
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V. y Gonzalez, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 13(13), 1763-1769.
- Hosek, S. G. Harper, G. W. y Domanico, R. (2005). Predictors of medication adherence among HIV-infected youth. *Health & Medicine*, 10(2), 166 - 179.
- Ickovics, J. R. y Meade, C. S. (2002). Adherence to HAART among patients with HIV: breakthroughs and barriers. *AIDS Care*, 14(3), 309-318.

- Ingaramo, R., Vita, N., Bendersky, M., Arnolt, M., Bellido, C., Piskorz, D., Lindstrom, O., Garcia, A., Manssur, R., Marigliano, E., Hauad, S., Donato, A., Santana, M. (2005). Hipertensión arterial. Estudio nacional sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). *Revista de la Federación Argentina de Cardiología* 34(1), 104 - 111.
- Jones, D. L., Ishii, M., Laperriere, A., Stanley, H., Antoni, M., Ironson, G., Schneiderman, N., Van Splunteren, F., Cassells, A., Alexander, K., Gousse, P., Vaughn, A., Brondolo, E., Tobin, J. N. y Weiss, M. (2003). Influencing medication adherence among women with AIDS. *AIDS Care*, 15(4), 463-474.
- Kalichman, S. C., Rompa, D., DiFonzo, K., Simpson, D., Austin, J., Luke, W., Kyomugisha, F. y Buckles, F. (2001). HIV treatment adherence in women living with HIV/AIDS: research based on the information-motivation-behavioral skills model of health behaviour. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12(4), 58-67.
- Knobel, H., Codina, C., Miró, J. M., Carmona, A., García, B., Antela, A., Gómez-Domingo, M. R., Arrizabalaga, J., Iruin, A., Lagunah, F., Jiménez, I., Rubio, R., Lluch, A. y Viciano, P. (2000). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antiretroviral. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 18, 27-39.
- Kumarasamy, N., Safren, S. A., Raminani, S. R., Pickard, R., James, R., Krishnan, S., Solomon, S. y Mayer, K. (2005). Barriers and facilitators to antiretroviral medication adherence among patients with HIV in Chennai, India: a qualitative study. *AIDS patient care and STDs*, 19(8), 526-537.
- Ladero, L., Orejudo, S. y Carroble, J. A. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 575-581.
- Lewis, M. P., Colbert, A., Erlen, J. y Meyers, M. (2006). A qualitative study of persons who are 100% adherent to antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 18(2), 140-148.
- Luszczynska, A., Sarkar, Y. y Knoll, N. (2007). Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Education and Counseling*, 66, 37-42.
- Marco, A., Knobel, H. y Guelar, A. (2000). La adhesión al tratamiento antirretroviral: una perspectiva global del problema y posibles soluciones. *Enfermedades Emergentes* 2(1), 45-53.
- Martin, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4). Recuperado el 20 de octubre de 2005, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&nrm=iso
- Martin, L. y Grau, J. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14, 89-99.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. C. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia, Estado del arte. 2000-2005*. Recuperado el 13 de junio de 2008, de: http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev.php?ID=8515_201&ID2=DO_TOPIC
- Ministerio de la Protección Social de Colombia y ONUSIDA (2008). Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida. Colombia 2008-2011. Recuperado el 20 de junio de 2008, de: http://www.onusida.org.co/Plan_Nacional_2008_2011.pdf
- Mocroft, A., Youle, M., Moore, A., Sabin, C. A., Madge, S., Cozzi Lepri, A., Tyrer, M., Chaloner, C., Wilson, D., Loveday, C., Johnson, M. A. y Phillips, A. N. (2001). Reasons for modification and discontinuation of antiretrovirals: results from a single treatment centre. *AIDS*, 15, 185-194.
- Molassiotis, A., Lopez-Nahas, Chung, W. Y. y Lam, S. W. (2003). A pilot study of the effects of a behavioural intervention on treatment adherence in HIV-infected patients. *AIDS Care*, 15(1), 125-135.
- Murphy, D. A. Marelich, W. D., Hoffman, D. y Steers, W. N. (2004). Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS Care*, 16(4), 471-484.
- Murphy, D. A., Sarr, M., Durako, S. J., Moscicki, A. B., Wilson, C. M. y Muenz, L. R. (2003). Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virus-infected adolescents. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 157, 249-255.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Recuperado el 19 octubre de 2005, de <http://www.paho.org/Spanish/AD/PC/NC/nc-adherencia.htm>
- Ortiz, M. (2004). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psyche* 13, (1), 21-31.
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652.
- Osterberg, L. y Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-497.
- Piña, J. A., Corrales, A. E., Mungaray, K., Valencia, M. A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(4), 217-228.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2008). *Informe anual del ONUSIDA. Conoce tu epidemia*. Recuperado el 13 de junio de 2008, de http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1535_annual_report07_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2007). Valoración numérica de la difusión del SIDA a nivel global desde el 1990 hasta el 2007: gráficos. Recuperado el 13 de junio de 2008, de: http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/ev.php?ID=8486_201&ID2=DO_TOPIC
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. (2007). *Situación de la epidemia de SIDA*. Recuperado el 15 de enero de 2008, de http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006. Anexo 1: Perfiles de país*. Recuperado el 20 de enero de 2007, de <http://data.unaids.org/Global-Reports/Global%20Report%202006/ESPA%C3%91OL/Informe-Mundial/>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (s.f). Estimaciones del subregistro de infecciones por VIH y casos de SIDA. Recuperado el 18 de junio de 2008, de <http://www.onusida.org/co/subregistro.htm>
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión de al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 4(2), 262 - 267.
- Reynolds, N. R. (2003). The problem of antiretroviral adherence: a self-regulatory model for intervention. *AIDS Care*, 15(1), 117-124.
- Roberts K.J y Mann, T. (2003). Adherence to antiretroviral medications in HIV/AIDS care: a narrative exploration of one woman's foray into intentional non-adherence. *Health Care for Women International*, 24, 552-564.
- Safren, S. A., Kumarasamy, N., James, R., Raminani, S., Solomon, S. y Mayer, K. H. (2005). ART adherence, demographic variables and CD4 outcome among HIV-positive patients on antiretroviral therapy in Chennai, India. *AIDS Care*, 17(7), 853-862.
- Savini, C. J., James, C. W. y DiGuglielmo, D. J. (2003). Survey of patient and clinician attitudes on adherence in a rural HIV clinic. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(3), 72-75.
- Simoni, J. M., Frick, P. A. Lockhart, D. y Liebovitz, D. (2002). Mediators of social support and antiretroviral adherence among an indigent population in New York City. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(9), 431-439.
- Spire, B., Duran, S., Souville, M., Lepout, C., Raffi, F., Moatti, J. P. y The APROCO Cohort Study Group. (2002). Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach. *Social Science y Medicine*, 54, 1481-1496.
- Sternhell, P. S. y Corr, M. J. (2002). Psychiatric morbidity and adherence to antiretroviral medication in patients with HIV/AIDS. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 528-533.
- Trzynka, S. L. y Erlen, J. A. (2004). HIV disease susceptibility in women and the barriers to adherence. *Medsurg Nursing*, 13(2), 97-104.
- Tsasis, P. (2001). Adherence assessment to highly active antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care and STDs*, 15(3), 109-115.
- Tucker, J. S., Orlando, M., Burnam, A., Sherbourne, C. D., Kung, F. Y. y Gifford, A. L. (2004). Psychosocial mediators of antiretroviral nonadherence in HIV-positive adults with substance use and mental health problems. *Health Psychology*, 23(4), 363-370.
- Varela, M. T., Salazar, I. C. y Correa, D. (2007a, septiembre). *Adherencia al tratamiento en VIH/sida: un estudio de revisión*. En Memorias del III Congreso de Psicología Cognitivo Conductual, Cali, Colombia.
- Varela, M. T., Salazar, I. C. y Correa, D. (2007b, noviembre). *Avances en la evaluación de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/sida*. En Memorias del IV Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Sao Paulo, Brasil.
- 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.
- Westerfelt, A. (2004). A qualitative investigation of adherence issues for men who are HIV positive. *Social Work*, 49(2), 231-239.