

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

PUBLICADO BAJO LA LICENCIA CREATIVE COMMONS

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Unported.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



“No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.”

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ

ESCUELA DE MEDICINA



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

“Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por VIH y comorbilidad psiquiátrica de la Clínica de Atención Integral del Hospital Nacional San Rafael”

Tesis presentada para optar al título de

Doctor en Medicina

Autores:

Sara Elena Campos Ramírez

Mario Enrique López Rendón

Asesor:

Dr. José María Sifontes

Lunes 20 de febrero de 2017

Antiguo Cuscatlán, La Libertad



UNIVERSIDAD DR. JOSÉ
MATÍAS DELGADO
SAN SALVADOR, EL SALVADOR C. A.

Dr. David Escobar Galindo

RECTOR

Dr. José Enrique Sorto Campbell

VICERRECTOR

VICERRECTOR ACADÉMICO

Dr. José Nicolás Astacio Soria

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DR. LUIS EDMUNDO

VÁZQUEZ

COMITÉ EVALUADOR

Dr. Jaime Ernesto Azucena Mayorga

Dr. Wilfredo Alfredo Ramírez Peñate

Dra. Patricia Argueta de Cativo

ASESOR

Dr. José María Sifontes

Lunes 20 de febrero de 2017

Antiguo Cuscatlán

ACTA DE EVALUACIÓN DE DOCUMENTO ESCRITO DE TESIS POR EL JURADO

En la ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO a las 16 horas con 50 minutos del día 20 del mes de FEBRERO de 2017 reunidos los suscritos miembros del jurado examinador de la Tesis de Grado titulada:

TEMA:
Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por VIH y comorbilidad psiquiátrica de la clínica de Atención Integral del Hospital Nacional San Rafael

Presentada por el (los) la (s) egresados(as):

1. Sara Elena Campos Ramirez
2. Mario Enrique Lopez Rendon
3. 0

Para optar al Grado de:

DOCTORADO EN MEDICINA
Respectivamente


HACE CONSTAR QUE: Habiendo revisado y evaluado en forma individual su contenido escrito, de conformidad al Art. 41, 42 y 43 del Reglamento de Graduación

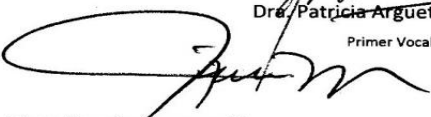
ACORDARON DECLARARLA:

- APROBADA SIN OBSERVACIONES
 APROBADA CON OBSERVACIONES
 REPROBADA

No habiendo más que hacer constar, damos por terminada la presente acta que firmamos, entregando el original a la Secretaría de esta Unidad Académica.


Dr. Wilfredo Ramirez Peñate
Presidente


Dra. Patricia Argueta de Cativo
Primer Vocal


Dr. Jaime Ernesto Azucena Mayorga
Segundo Vocal



ÍNDICE

Página

RESUMEN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVOS.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	9
MARCO TEÓRICO.....	11
1.0 VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.....	11
1.1 Características del virus.....	12
1.2 Enfoque terapéutico	12
1.3 Situación actual del país	13
2.0 Tratamiento Antirretroviral (TAR) Altamente Activo	14
2.1 Reacciones adversas de la TAR	16
2.2 Desarrollo de resistencia	17
2.7 Criterios para iniciar el tratamiento antirretroviral en El Salvador	18
3.0 Adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) altamente activo	19
4.0 Comorbilidad psiquiátrica asociada al VIH	23
5.0 Comorbilidad psiquiátrica en pacientes VIH y adherencia al TARV	27
DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
1.0 Tipo de estudio.....	29
2.0 Población.....	29
3.0 Criterios de inclusión	29
4.0 Criterios de exclusión	30
5.0 Operacionalización de variables.....	30
6.0 Proceso de recolección de datos	35
7.0 Consideraciones éticas.....	36
8.0 Análisis estadístico	37
RESULTADOS.....	38
ANÁLISIS.....	52
CONCLUSIONES	58

RECOMENDACIONES.....	59
ANEXOS	61
BIBLIOGRAFÍA	73

RESUMEN

La adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes con infección por VIH, es el aspecto más importante para un adecuado control de la evolución de la enfermedad. Existen muchos factores que pueden afectar la adherencia del paciente al TAR como: factores propios del paciente, los relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento, y los del entorno del paciente; cada uno abarca una serie de aspectos diversos a la vez, haciendo que la adherencia sea un parámetro complejo de medir. Para medirla existen métodos directos e indirectos, ninguno garantiza la medición exacta. En este estudio se midió la adherencia a pacientes con VIH de la Clínica de Atención Integral del Hospital Nacional San Rafael pero que además presentan enfermedad psiquiátrica no incapacitante, además de evaluar otros aspectos (emocionales, uso de sustancias entre otros). El 94% de los pacientes fueron no adherentes, el resto de factores evaluados presentaron resultados diversos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH es uno de los principales problemas de Salud Pública en el mundo, principalmente en países con bajo nivel socioeconómico. Con el advenimiento de la Terapia Antirretroviral Ampliamente Efectiva (de ahora en adelante TAR) se ha producido una significativa mejoría en los resultados virológicos, inmunológicos y clínicos de la enfermedad, aumentando la calidad y expectativa de vida de los pacientes infectados con el VIH. Debido a las características propias del virus, tales como su rápida tasa de replicación y mutación, para lograr los óptimos resultados de la terapia es necesaria una estricta adherencia al tratamiento; un incumplimiento leve o moderado, aumenta además de la carga viral la posibilidad de resistencia farmacológica, aumentando la progresión, complicaciones y la transmisión de la enfermedad [1].

Una persona con VIH sufre una serie de emociones relacionadas con la enfermedad; desde el momento del diagnóstico, con el inicio del tratamiento y luego las comorbilidades que marcan la fase terminal de este síndrome. La mayoría de estas alteraciones emocionales fundamentadas en el estigma social, las complicaciones de la enfermedad, el tratamiento complejo y el deterioro progresivo de la función del individuo. Se ha descrito previamente que la presencia de trastornos mentales de distinto tipo puede afectar la adherencia al tratamiento antirretroviral, provocando incumplimiento a los controles médicos y la toma del tratamiento [2].

En nuestro país, a pesar de tener una población con VIH cada año creciente, con 1121 casos nuevos reportados en el 2014, [3] no se pudo encontrar estudios que ayuden a determinar las repercusiones de la presencia de comorbilidad psiquiátrica en la adherencia al tratamiento antirretroviral, e incluso solo se dispone de un estudio que evalúa la adherencia a

la TARV a nivel nacional. Con esta investigación, por tanto, se pretende evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con comorbilidad psiquiátrica en la Clínica de Atención Integral del Hospital Nacional San Rafael (HNSR).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por VIH/SIDA y comorbilidad psiquiátrica de la Clínica de Atención Integral del HNSR en el período de Noviembre –Diciembre2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Enunciar las comorbilidades psiquiátricas presentes en los pacientes de la Clínica de Atención Integral del HNSR al momento del estudio (Noviembre –Diciembre 2016).
- Identificar variables sociodemográficas y culturales de los pacientes VIH con comorbilidad psiquiátrica de la Clínica de Atención Integral al momento del estudio.
- Evaluar parámetros de laboratorio (CD4 y CV) de los pacientes VIH con comorbilidad psiquiátrica de la Clínica de Atención Integral al momento del estudio.
- Identificar síntomas ansiosos y depresivos presentes en los pacientes VIH con comorbilidad psiquiátrica de la Clínica de Atención Integral al momento del estudio.
- Evaluar el uso o abuso de sustancias en los pacientes VIH con comorbilidad psiquiátrica de la Clínica de Atención Integral al momento del estudio.
- Evaluar la percepción, de los pacientes VIH, hacia el personal de la Clínica de Atención Integral del HNSR.

JUSTIFICACIÓN

El advenimiento de la terapia antirretroviral (TAR) altamente activa ha permitido modificar la evolución natural de la enfermedad; disminuyendo la morbimortalidad y aumentando la sobrevivencia de las personas infectadas. Con el desarrollo de antirretrovirales (ARV) que se añaden a la terapia, los cuales interfieren en distintas etapas del ciclo de vida del virus, se han realizado combinaciones de dos o más ARV con el fin de evitar la farmacorresistencia [4]. Dentro de los principales factores de virulencia del VIH, se encuentra la alta tasa de replicación del virus, lo que no solo puede afectar el desarrollo de resistencia mediante mutaciones al ARN viral, sino que dificulta hasta hacer casi imposible la eliminación del virus en el organismo [5].

Una adecuada adherencia al TAR no solo mejora la calidad de vida del paciente, al disminuir la carga viral (CV) a valores indetectables, sino que es importante para evitar el desarrollo de resistencia por parte del virus, aunque en este último aspecto estudios revelan que la falta de adherencia afecta en distintas formas según sea la familia de ARV, así, los pacientes con adherencia moderada o alta tienen mayor riesgo a generar resistencia contra los Inhibidores de la proteasa (IP), mientras que los pacientes con niveles bajos de adherencia, desarrollarían resistencia contra los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR), [6].

En numerosos estudios (Ballester, Reinoso, García y Campos, 2000; Murphy, Wilson, Durako, Muenz y Belzer, 2001) se ha manifestado que frecuentemente, existe un problema importante de adherencia al TAR, la cual debe ser óptima para obtener los mejores resultados posibles; con una falta leve al tratamiento se reducen los beneficios al aumentar la CV, el desarrollo de resistencia (que además puede transmitirse a otras personas), y por tanto favoreciendo el apareamiento de complicaciones [7].

Las personas infectadas al recibir el diagnóstico son susceptibles, a cuando menos, a sufrir alteraciones emocionales, ya que en muchos casos, reciben la noticia como una pena de muerte que además trae arraigada un estigma social. En la revisión de la literatura realizada por Ballester (1999) los síntomas psicológicos encontrados fueron la hipocondría, el temor a perder el atractivo físico, baja autoestima (Morin, Charles y Malyon, 1984); y distintas etapas del duelo: ira, negación, regateo por último aceptación y resignación a la muerte [2].

Estos factores psicológicos intrínsecos de cada paciente afecta, junto a otros factores sociodemográficos, la adherencia del paciente al TAR, siendo importante la evaluación constante para detectar tempranamente alteraciones psicológicas que puedan estar afectando la eficacia del tratamiento; no se debe olvidar tampoco, el valorar los rasgos propios del paciente previo al diagnóstico, por tanto deben evaluarse personalmente y en conjunto para diseñar una adecuada terapéutica que permite alcanzar el mayor nivel de éxito de la terapia [2]. Desde el comienzo de la infección por VIH, uno de los objetivos principales ha sido conocer el conflicto psicosocial así como los trastornos psiquiátricos de los individuos afectados [8].

La infección por VIH y la comorbilidad psiquiátrica asociada a esta ha sido objetivo de mucha atención durante la última década debido al impacto emocional de la enfermedad y al efecto personal, sexual, ocupacional y social de los individuos afectados por esta [8].

Con el presente estudio, se evaluará la adherencia a la TAR de los pacientes con infección por VIH/SIDA y que además presenten enfermedad psiquiátrica asociada.

MARCO TEÓRICO

1.0 VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se ha esparcido en todo el mundo a lo largo del tiempo, sin embargo fue hasta 1984 que por fin se establece al VIH como el agente etiológico del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y cuando se comienzan a identificar los factores de riesgo asociados a esta enfermedad infectocontagiosa y otras concepciones de la misma como las repercusiones de la infección crónica en el funcionamiento del sistema inmunológico, la progresión a un estado crónico de inmunodeficiencia e infecciones oportunistas [5].

El agente etiológico más frecuente de infección por VIH en el mundo es el VIH tipo 1, el VIH tipo 2 se había mantenido restringido en África, pero debido a la constante globalización cada vez se reportan más casos nuevos por VIH tipo 2 en otras partes del mundo [5].

Una singularidad de esta enfermedad es que, en teoría, es sencilla de evitar. El VIH se encuentra en algunos fluidos corporales: la sangre, el semen y los fluidos vaginales, por lo que una de las principales vías de transmisión es la sexual; existen otras formas menos frecuentes como en la transfusión de hemoderivados y trasplante de órganos, la vía vertical de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia. Sin embargo, en distintos estudios a nivel mundial, se ha evidenciado que la persistencia de conductas de riesgo (como relaciones sexuales no protegidas, uso de drogas intravenosas, entre otros), permanecen siendo una práctica común entre jóvenes y adultos. En los países de Latinoamérica, esta problemática es exacerbada por la pobreza, la dificultad de acceso a centros de salud, el bajo nivel educativo, la cultura machista aún predominante en las áreas más pobres [9].

Por otra parte, es mundialmente reconocido que la infección no solo implica un problema de salud, sino que acarrea un estigma social consigo, que puede entorpecer la calidad de vida del infectado, en los ámbitos laborales, sociales, familiares, y en aspectos psicológicos entre otros que terminarán afectando la evolución de la enfermedad [10].

1.1 Características del virus

El VIH pertenece a la familia de los retrovirus humanos (llamado así por la particularidad de la transcripción de ARN genómico en ADN que luego es incorporado a la célula del huésped), y a su vez dentro de la subfamilia lentivirus; es de estructura icosaédrica. La dinámica de la replicación y el recambio de los virus se han cuantificado en estudios clínicos, determinándose que el VIH tiene un ciclo de vida muy corto: al menos diez billones de partículas son producidas y destruidas diariamente por el organismo, y su vida media es de 30 a 60 minutos, con promedio de seis horas en una persona infectada, hasta un máximo de 2 semanas. El ciclo vital del virus se lleva a cabo mediante la intervención de varios mediadores químicos, lo que ha proporcionado la posibilidad de crear fármacos que actúen sobre ellos; las enzimas transcriptasa inversa y proteasa han sido susceptibles desde el punto de vista clínico a la desintegración farmacológica; mientras se siguen estudios con otros tipos de fármacos que intervengan en la entrada del virus y en la incorporación de ADN viral al genoma de la célula huésped [5].

1.2 Enfoque terapéutico

Diferentes grupos farmacológicos se han desarrollado con el tiempo para mejorar la calidad de vida de los pacientes infectados por VIH y su supervivencia se ha incrementado de forma trascendental con el advenimiento de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TAR). A partir de 1995, con la introducción de combinación de grupos de fármacos, el seguimiento

clínico del paciente mediante la medición de la carga viral y conteo de linfocitos CD4, y el uso de los fármacos inhibidores de las proteasas (IP), se ha mejorado la evolución de la enfermedad y disminuido la morbi-mortalidad asociada a la infección. Se ha demostrado que la combinación de distintos fármacos disminuye el riesgo de resistencia, y conlleva a una reducción eficaz de la CV y consecuentemente una mejoría en los parámetros inmunológicos del paciente infectado [11]. Con la introducción de los Inhibidores de la Proteasa (IP) se ha disminuido la incidencia de infecciones oportunistas en pacientes con inmunosupresión grave, quienes en ausencia de tratamiento logran una supervivencia que rara vez supera los 12-18 meses [12].

Sin embargo una de las preocupaciones más importante respecto al TAR es el desarrollo de resistencia por parte del virus en algunos pacientes, que en muchos casos y que constituye una de las principales maneras de prevenirla es la falta de adherencia al tratamiento.

1.3 Situación actual del país

En El Salvador se reportó el primer caso de VIH en el año 1984, y hasta el 2015, se han reportado 31,896 casos acumulados de VIH (Tabla 1), de los cuales un 29% se encuentran en fase avanzada (9,394). Un 63% (20,022 casos), son hombres y un 37% (11,874 casos) son mujeres [13].

En las mujeres, el grupo de edad con mayor número de casos es el de mayores de 49 años, en segundo lugar la franja entre 35 a 39 años, posteriormente entre 30 y 34 años, y por último, la de 25 a 29 años. En hombres el mayor número se encuentra entre los 20 y 24 años, seguido por la franja entre 30 y 34, y en último lugar entre 25 y 29 años. El registro de casos nuevos en los últimos años se describe en la Tabla 1 [13].

Tabla 1. Casos nuevos de VIH en toda la población de El Salvador. 2011/2015

Casos Nuevos	2011	2012	2013	2014	2015	Casos acumulados de 1984 a dic. 2015.
Casos nuevos de VIH	1.625	1.472	1387	1288	789	22,502
Casos nuevos de VIH avanzado	78	67	61	33	402	9,394
Total de casos nuevos por año.	1.703	1.539	1,448	1,281	1,191	31,896
Población estimada	6.216.142	6.251.494	6344,069	6401,240	6,460,271	

Fuente: MINSAL (Ministerio de Salud de El Salvador). *Guía metodológica para equipos multidisciplinarios de las clínicas de atención integral para la implementación de la estrategia nacional de adherencia.* El Salvador : s.n., 2015.

2.0 Tratamiento Antirretroviral (TAR) Altamente Activo

La rápida replicación del VIH desde el momento de la infección, se ha convertido en uno de los principales objetivos del desarrollo de terapias antivíricas desde hace más de dos décadas, atacando distintos puntos del ciclo de vida viral. Sin embargo, otro aspecto que hace la infección por VIH una enfermedad de tratamiento complejo es la alta tasa de mutaciones del virus, que le permite crear mecanismos de resistencia contra los fármacos que se ha desarrollado. Con el fin de resolver estos problemas es que se ha desarrollado la TAR, utilizando combinaciones de 2 o 3 medicamentos antirretrovirales (ARV) que reduzcan

al mayor valor posible la carga viral (CV) del paciente, evitar el desarrollo de cepas resistentes y así mejorar la sobrevida con la infección [11].

El desarrollo de la TAR altamente activa, ha llevado a una disminución en la morbimortalidad asociada a la infección por VIH. Con los regímenes actuales se ha logrado disminuir los valores séricos de CV hasta niveles indetectables (menos de 40 a 50 copias por mL), y se ha logrado restaurar el sistema inmunológico deteriorado por el virus [4]. En la actualidad existen disponibles 19 fármacos antirretrovirales, pertenecientes a 5 clases farmacológicas diferentes: los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI) que se adhieren al genoma del virus e inhiben así la actividad de la enzima; los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI) que la inhiben al unirse directamente a ella; los inhibidores de la proteasa (IP) enzima que se encarga de la síntesis de proteínas en la etapa más avanzada del ciclo vital del virus; los inhibidores de entrada (maraviroc y enfurvitida) que inhiben la entrada del virus a la célula; y los inhibidores de la integrasa (IIN) enzima encargada de incorporar el ADN viral a genoma de la célula huésped [14].

Con todos estos medicamentos se construyen regímenes de 2 o 3 fármacos, que han demostrado ser altamente activos tanto en el paciente *naïve* (virgen al tratamiento) como en aquellos en los que se ajusta una segunda línea de fármacos debido al fracaso terapéutico inicial. Estas terapéuticas eran impensables hace 10 años, cuando solo se disponían de 3 fármacos: zidovudina, zalcitabina y didanosina, se utilizaban monoterapias con las cuales los pacientes fallecían en un período de tiempo relativamente corto pudiendo ser de hasta menos de 6 meses. Las últimas recomendaciones respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH del *Department of Health and Human Services (DHHS)* de Estados Unidos publicadas en abril de 2005 se basa en la utilización de tres clases de fármacos como triterapia, habitualmente dos INTR más un INNTR, o bien dos INTR

más un IP [14]. Los tratamientos que se administran a nivel nacional, se describen en la siguiente tabla 2.

Tabla 2. Esquemas de tratamiento antirretroviral que se administran en El Salvador

TRATAMIENTO INICIAL		
Preferencial	Tenofovir(TDF)/Emtricitabina(FTC)/ Efavirenz(EFV) combinacion de dosis fijas	
Alternativo	Tenofovir(TDF)/Emtricitabina(FTC)+Nevirapina(NVP) Zidovudina(AZT)/Lamivudina(3TC)+ Efavirenz(EFV) o Zidovudina(AZT)/Lamivudina(3TC)+Nevirapina(NVP) o Abacavir /lamivudina + efavirenz Abacavir /lamivudina +nevirapina(NVP) Considerar un IP en casos especiales (individualizar caso)	
ESQUEMA DE ELECCIÓN DE SEGUNDA LÍNEA		
ESQUEMA UTILIZADO EN PRIMERA LÍNEA	OPCIONES DE CAMBIO	COMENTARIO
Si usó d4T, ddi, AZT + 3TC + EFV o NVP	TDF/ FTC + LPV/R. TDF/ FTC + ATV/R. ABC/3TC + LPV/R ABC/3TC + ATV/R TDF + 3TC + LPR/R TDF + 3TC + ATV/R	La secuencia de administración de los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa, (ITIANs), se basa en la disponibilidad de TDF y el potencial de conservar la actividad antiviral, considerando escenarios de cambio temprano y tardío.
Si usó TDF + FTC + EFV o NVP	AZT/ 3TC + LPV/R. AZT/ 3TC + ATV/R. ABC/3TC+LPV/R ABC/3TC+ATV/R	

Fuente: Estudio de medición de la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) de personas con VIH de la red de hospitales del Ministerio de Salud de el Salvador, durante los meses de marzo-abril 2013.

2.1 Reacciones adversas de la TAR

La adherencia al TAR es el principal requisito para una adecuada evolución de la enfermedad. Sin embargo su utilización no es inocua para el organismo, ya que se han reportado reacciones adversas para todos los ARV disponibles, cuya gravedad varía desde leves alteraciones gastrointestinales hasta nefropatías o hepatopatías avanzadas. En la actualidad se señala que 96% de los pacientes que reciben TAR presentan, como mínimo,

una situación clínica adversa por su uso, y esto es uno de los principales motivos de falta de adherencia al tratamiento. Por lo tanto, la identificación, prevención y manejo de las reacciones adversas, es uno de los principales pilares a tomar en consideración para la consecución de una óptima adherencia al TAR [15].

Las reacciones adversas de los fármacos de la TAR pueden variar desde molestias leves como vómitos, náuseas, rash, exantemas o úlceras en la piel, cefalea, astenia y mialgias y osteomalgias; hasta otras graves que constituyen motivo de ajustes en la terapia como la hiperbilirrubinemia indirecta asociada al atazanavir, anemia y neuropatía periférica provocada por zidovudina y lamivudina; dislipidemias y hepatotoxicidad [15].

2.2 Desarrollo de resistencia

Existen muchos factores que afectan el éxito del TAR. Además de la presencia de efectos adversos, el desarrollo de resistencia contra los antirretrovirales (ARV) por el VIH es uno de los principales asociados al fracaso virológico. La resistencia se origina a partir de mutaciones, específicamente en el *gen pol*, en las enzimas TI y proteasa, inhibiendo la actividad de los fármacos que actúan a este nivel del ciclo. Estas mutaciones disminuyen la susceptibilidad de la cepa viral del paciente a los fármacos, comparado con la cepa salvaje sin mutaciones. La velocidad de aparición de estas mutaciones depende de diversos factores como la falta de adherencia, concentraciones subóptimas, velocidad de replicación y resistencia previa [4].

La rol que juega la adherencia en cuanto a la evolución de la enfermedad parece estar más que claro, pero la relación de la no adherencia con el desarrollo de resistencia no está completamente dilucidado, ya que surgen conclusiones distintas entre investigaciones al respecto, así por ejemplo en el estudio realizado por Bangsberg en su revisión bibliográfica,

encontró que la relación entre los niveles de adherencia con el apareamiento de cepas virales resistentes, es aún mucho más compleja de lo que se pensaba, ya que no siempre la mala adherencia genera resistencia [6]. Así, los pacientes con niveles altos o moderados de adherencia desarrollarían resistencia contra los IP, mientras que los pacientes con adherencia baja estaría generando resistencia contra los INNTI [6].

2.7 Criterios para iniciar el tratamiento antirretroviral en El Salvador

La utilización de la terapia antirretroviral combinada le brinda beneficios claros para la calidad y expectativa de vida del paciente con VIH. En la infección por el VIH, a diferencia del manejo de otras enfermedades crónicas, el tratamiento inicial y su mantenimiento adecuado tiene importancia crucial en la persona usuaria [16].

La terapia antirretroviral tiene como objetivos primordiales:

- **Clínico:** reducir las comorbilidades, la mortalidad y mejorar la calidad de vida del paciente.
- **Viroológico:** disminuir los valores de CV en un algoritmo de 10 veces al valor inicial al cabo de 4 a 6 semanas de haber iniciado el tratamiento, y lograr valores de CV indetectables (menor a 50 copias por mL) en 6 meses.
- **Inmunológico:** restablecer la función inmunológica de forma cualitativa y cuantitativa (conteo de CD4 mayor o igual 350 células por mL).
- **Terapéutico:** uso racional de los ARV disponibles, favoreciendo la adherencia, incluyendo la detección y manejo de las reacciones e interacciones medicamentosas asociadas.
- **Epidemiológico:** reducir la transmisión de la infección [16].

Los criterios para ingresar a la terapia antirretroviral son los siguientes:

1. Presencia de síntomas asociados a la infección por VIH (pérdida de peso, sudoraciones nocturnas, diarreas crónicas, entre otros).
2. Diagnóstico confirmado con pruebas ELISA a repetición y prueba confirmatoria mediante Western Blot, independientemente del conteo de CD4 o CV, según algoritmos por norma vigente (pacientes embarazadas, con nefropatía asociada a VIH, etc.)
3. Un recuento de linfocitos T CD4 bajos (≤ 500 cel/mL y ≤ 350 cel/mL con prioridad), según normas internacionales.
4. Una carga viral elevada (mayor a 1000 copias/mL), según la metodología más sensible disponible, de acuerdo a normas internacionales.
5. Una evaluación psicosocial aprobatoria por el comité institucional [16].

3.0 Adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR)

altamente activo

La adherencia al tratamiento (o cumplimiento terapéutico) se define como el contexto en el cual, el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud, e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar su medicación tal y como es indicada, realizar cambios en su estilo de vida recomendados por el personal de salud, y por último, completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas [17].

La OMS ha concluido que la no adherencia en enfermedades crónicas acarrea consecuencias negativas no solo para el paciente, sino que eventualmente afecta la

economía nacional, por lo que la adherencia es una de las prioridades en Salud Pública a nivel mundial [18].

La adherencia se ve afectada por factores personales: respecto a creencias, factores culturales, emocionales, e incluso la misma percepción del individuo de su enfermedad. Es por esto, que no se puede considerar al paciente como un cumplidor de prescripciones médicas. Cada persona que es capaz de tomar decisiones de forma independiente, sobre la ingesta de sus medicamentos, debe tener una relación estrecha con su médico, quien asu vez debe hacerle comprender cualquier duda que el paciente tenga respecto a su tratamiento, para evitar el abandono del mismo por falta de información o motivación; claro está que esto no nos garantiza la adherencia a cualquier tratamiento, pero sin duda es uno de los principales que puede ser modificado con una adecuada práctica médica [19]. Los estudios que se han realizado con respecto a las repercusiones de la mala adherencia de algunas enfermedades crónicas, concuerdan en que esta trae repercusiones negativas, no solo para la salud del paciente, sino que con el tiempo afectan las políticas de salud; entre estas enfermedades las más estudiadas son la hipertensión arterial, la tuberculosis, la diabetes mellitus y la infección por VIH [20].

Se ha considerado tradicionalmente a la adherencia al tratamiento como una variable binaria: cumplidor/no cumplidor, adherencia/no adherencia. Y se han identificado dentro de 4 áreas a los factores que la determinan:

1. Relación médico/paciente.
2. El paciente y su entorno.
3. La enfermedad.
4. La terapéutica.

La relación médico-paciente se refiere a la confianza percibida por el paciente de su médico, la motivación en el cumplimiento del tratamiento, la comprensión de la dosificación indicada, y la seguridad de que el tratamiento atraerá resultados beneficiosos para su salud. En el factor ambiental resaltan las creencias de cada paciente, su entorno emocional, afectivo, su rol social, etc. Además de las características sociodemográficas, nivel de educación y apoyo recibido por parte de su familia y de la sociedad. La enfermedad influye en cuanto a su cronicidad, a mayor duración de la misma el cumplimiento del tratamiento disminuye; también disminuye la adherencia cuando se hacen presentes complicaciones que aminoran el bienestar del paciente [21].

Cuando se consideran las características de la terapéutica, se ha demostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo, existe una mayor adherencia que en casos en los que los tratamientos son prolongados, como en el caso de las enfermedades crónicas. Además, cuando se utilizan varios fármacos de forma simultánea, cuando se requiere de personal entrenado (medicamentos parenterales), o cuando el tratamiento tiene efectos secundarios considerables, existe una disminución aún más importante en la adherencia [21].

La no adherencia al tratamiento tiene diversas clasificaciones, una de ellas es de acuerdo al tiempo de seguimiento:

- Incumplimiento parcial, cuando la falta se da en algunas ocasiones.
- Incumplimiento esporádico, cuando el individuo incumple de forma alternante entre períodos de adherencia y períodos de no adherencia.
- Incumplimiento secuencial, cuando la suspensión del tratamiento es debida a la percepción de mejoría sintomática, pero se reanuda la terapia al volver los síntomas.
- Incumplimiento completo, suspensión total de la medicación, es decir, de forma indefinida.

- Cumplimiento de bata blanca, cuando se cumple el tratamiento al acercarse la próxima consulta con el médico [21].

Otras clasificaciones de la no adherencia al tratamiento se basan en la intencionalidad, si el incumplimiento es intencionado o no intencionado [22].

En ocasiones se puede considerar la adherencia como una variable dicotómica, es decir, clasificándose al paciente como adherente y no adherente, según su porcentaje de adherencia, obtenido mediante cuestionarios sobre la ingesta de los medicamentos. El porcentaje de adherencia necesario para considerarse adherente varía entre distintos estudios y va desde el 80 al 95% [23].

Existen distintos métodos para la medición de la adherencia, y se clasifican en general en dos grandes grupo: directos e indirectos, para obtener una mejor evaluación se recomienda el uso de más de un método simultáneamente [24].

La adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH, representa uno de los principales factores en el seguimiento del tratamiento, ya que como se ha mencionado anteriormente es por medio del estricto apego a la terapia que mejora la calidad de vida de los pacientes y además disminuye la resistencia generada por las muchas mutaciones del virus, contra los medicamento de la TAR altamente activa [25].

En la década de los 90, aparecieron nuevos grupos farmacológicos y estrategias de tratamiento, lo cual resultó en una mejora en el pronóstico, evolución y calidad de vida de estos pacientes, al ampliarse el número de los principios activos contra el VIH evitando la formación de cepas resistentes a un tipo de antivíricos [26].

Sin embargo, como refiere un estudio de Paterson et al para que el tratamiento logre inhibir exitosamente la replicación viral, se necesita una tasa de adherencia muy alta, lo cual se logra con la toma correcta y puntual de los medicamentos de la TAR. En dicho estudio, se

considera cumplidor a un paciente que toma como mínimo del 90-95% de las dosis prescritas²³, a diferencia de otros estudios que lo consideraban con un 80% [27].

Aunado a esto, los esquemas terapéuticos disponibles continúan siendo complicados, con numerosos efectos secundarios asociados, lo cual dificulta alcanzar niveles tan altos de adherencia. De manera que una baja adherencia al tratamiento es la principal causa de falla virológica [28].

Existen dos grandes grupos de métodos para calcular la adherencia al tratamiento antirretroviral: los directos y los indirectos [29]. Los métodos directos se enfocan casi exclusivamente en la determinación de concentraciones de los fármacos en el plasma de los pacientes. Sin embargo, la variabilidad individual dificulta la interpretación de los resultados, lo que convierte a los métodos directos en poco prácticos a nivel sistemático para determinar la adherencia al tratamiento; además de los costos implicados [30].

En los métodos indirectos, es en donde se encuentra mayor variedad de instrumentos donde se cuentan algunos como los auto-cuestionarios, las entrevistas dirigidas, frascos de dispensación electrónica, registros de despacho de medicamentos en farmacia, el conteo de frascos vacíos, entre otros. Cabe mencionar que ninguno de estos métodos tiene una fiabilidad del 100%, y todos corren riesgo de obtener falsos positivos [30].

4.0 Comorbilidad psiquiátrica asociada al VIH

La morbilidad psiquiátrica fue detectada por primera vez en el año 1984 [31]. El estudio HCSUS (*HIV Cost and Services Utilization Study*), dio como resultado que más de la mitad de la muestra utilizada (2864 enfermos con VIH), tenían o habían tenido algún tipo de

padecimiento psiquiátrico. También demostró que más del 60%, sufría o había sufrido de problemas de depresión en el año; y más del 25%, tenía problemas de ansiedad [32].

Dentro del abordaje clínico del paciente con VIH respecto a su salud mental, es necesaria una exploración psicopatológica. Para esto, es útil utilizar la entrevista *MINI International Neuropsychiatric Interview*, versión en español 5.0 [11]. Esta es una breve entrevista estructurada de diagnóstico de trastornos psiquiátricos, desarrollada por médicos y psiquiatras de Estados Unidos y Europa, que utiliza criterios de la CIE-10 y DSM-IV. El tiempo de realización es aproximadamente 15 minutos y es útil para realizar una primera orientación diagnóstica en la práctica clínica. Cabe resaltar que no es un instrumento específico para población con VIH [33].

Se estima que aproximadamente entre un 30% y un 50% de los pacientes con VIH, presentan algún problema psicológico o psiquiátrico. La presencia de estos trastornos afecta la calidad de vida del paciente, y aumentan la morbi-mortalidad. Dado que estos son trastornos cuyo tratamiento es exitoso en la mayoría de pacientes, se considera indispensable un tratamiento oportuno al ser detectados [33].

La infección por VIH está relacionada con una gran variedad de trastornos de la conducta, pero se puede hablar de 6 tipos generales de trastornos:

1. Trastornos de adaptación al diagnóstico o a la sintomatología de los diferentes estadios clínicos de la infección por VIH se definen como un conjunto de respuestas psicológicas desadaptadas como consecuencia de diversas situaciones, entre ellas someterse al examen para detectar la infección, confirmar el diagnóstico, ser portados asintomático, ser portador sintomático, etc. [34].

2. Trastornos ocasionados por daño directo del virus al Sistema Nervioso Central (SNC)
En diversos estudios se ha demostrado que el VIH es neurotrópico, aunque el mecanismo por el cual infecta el SNC no está completamente claro. La posibilidad que la infección misma cause cuadros neurológicos y neuropsiquiátricos radica en que el virus invade el SNC desde etapas tempranas. Se divide en dos grupos según la severidad de los síntomas en: Disfunción Cognitiva Leve (DCL) y Demencia asociada al SIDA [34].
3. Trastornos provocados por afección indirecta del SNC por microorganismos oportunistas, neoplasias, vasculitis, etc. [34].
4. Trastornos por reacciones adversas a los medicamentos de la TAR altamente activo y sus complicaciones, dentro de los cuales se encuentran somnolencia, insomnio, ansiedad, agitación e incluso episodios maníacos. Los fármacos mayormente relacionados a la aparición de efectos neuropsiquiátricos son el efavirenz y la zidovudina, y van desde irritabilidad, pesadillas, falta de concentración, hasta psicosis en casos aislados. Para casos graves, está indicado el cambio a nevirapina [34].
5. Trastornos psiquiátricos cuya relación con el SIDA no es claramente demostrable: en un número importante de casos, se pueden presentar depresión mayor, trastornos de ansiedad, manía o psicosis, que son indistinguibles en su presentación clínica [34].
6. Exacerbación de trastornos psiquiátricos que estaban presentes antes del diagnóstico de infección por VIH, los pacientes con enfermedad psiquiátrica previa tienen mayor riesgo a adquirir infección por VIH al asumir conductas de riesgo como conductas sexuales de riesgo (en períodos de manía o psicosis) uso de drogas intravenosas, entre otras. Las cuales posteriormente pueden ser exacerbadas al recibir el diagnóstico (por ejemplo depresión en un paciente bipolar) [34].

7. Otros trastornos: la prevalencia de trastornos del afecto está aumentada en pacientes con infección por VIH, en comparación con la población general. La prevalencia de depresión varía entre el 30-61% [35].

La importancia de estudiar la prevalencia de depresión radica en que esta patología complica el tratamiento antirretroviral ya que incrementa el riesgo de disminución de la adherencia [36]. El síndrome depresivo está compuesto por síntomas como tristeza, anhedonia, dificultad para la concentración, apatía, hiporexia, insomnio, entre otros [37]. Por otra parte, la prevalencia de ansiedad oscila entre 4-40%. A pesar de esto, si se utilizaran todos los criterios estrictos para hacer diagnóstico de ansiedad, los trastornos diagnosticables, no tienen una prevalencia mayor al 10-15% [38].

Según diversos estudios, la prevalencia de suicidio en pacientes con VIH, era hasta 66 veces superior a la de la población general. Últimos estudios revelan, que estas mismas cifras, son apenas superiores a las de otras enfermedades crónicas [39].

Cabe destacar que los distintos cuadros clínicos pueden coexistir o aparecer de manera aislada durante el curso de la enfermedad [34].

Este grupo de trastornos se clasifican de la misma forma que los trastornos mentales en general, para lo cual existen dos sistemas diferentes, utilizados mundialmente, para su clasificación, que corresponden *al Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, abreviado DSM del cual en 2014 se publicó la versión V por la *American Psychiatric Association*, este sistema utilizado principalmente en países de habla inglesa. El otro sistema, utilizado por la mayoría de los países a nivel mundial el cual es aprobado por la OMS, corresponde a la Clasificación Internacional de Enfermedades, abreviado CIE del cual la versión actual es la décima (CIE 10) [34].

5.0 Comorbilidad psiquiátrica en pacientes VIH y adherencia al TARV

Los factores relacionados con el paciente, son los que se considera que afectan más frecuentemente la adherencia. Los motivos más frecuentes de falta de cumplimiento de las tomas han sido 4: el olvido (32-52%), encontrarse fuera de casa (27-42%), cambios en la rutina diaria (40%), efectos secundarios (19-25%), depresión (9-23%), pérdida de interés o “vacaciones terapéuticas” (4-19%) [40].

La frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con infección por VIH ronda entre el 5,2-22,9% frente a la población general VIH- (0,3-0,4%). Estas personas con trastornos psiquiátricos asociados, pueden presentar adherencia no adecuada al TAR [40].

Se ha descrito en diversos estudios que las enfermedades como la depresión, la ansiedad y el uso/abuso de sustancias psicoactivas está relacionado con una menor adherencia al TAR. El trastorno psiquiátrico más estudiado es la depresión, siendo el más frecuentemente encontrado, en ocasiones estos pacientes pueden requerir el inicio de farmacoterapia antidepresiva, lo que aumenta el riesgo de reacciones adversas e interacciones medicamentosas, provocando así una menor adherencia al TAR en estos pacientes. La depresión también ha demostrado que afecta la adherencia a lo largo del tiempo, disminuyéndola en cuanto más avanzada se encuentra la enfermedad por VIH [40][41].

Los trastornos bipolares pueden afectar, dependiendo de la fase (manía, hipomanía o depresión) la conducta del paciente, llevando a una adherencia alternante entre adecuada e inadecuada; además el tratamiento de este trastorno es complejo requiriendo a veces

medicamentos que tienen múltiples interacciones medicamentosas como el litio o los antipsicóticos[40].

El estado anímico, no solamente afecta el patrón conductual del paciente, sino que se ha demostrado en estudios previos su relación con la cicatrización y procesos inmunológicos en enfermedades infecciosas y no infecciosas, en muchas ocasiones asociada la presencia de estos síntomas con una recuperación más lenta y fluctuante [42].

DISEÑO METODOLÓGICO

1.0 Tipo de estudio

La investigación es de tipo descriptivo, observacional, y transversal.

2.0 Población

1. Unidad de análisis: pacientes con infección por VIH/SIDA y comorbilidad psiquiátrica
2. Población: pacientes de la Clínica de Atención Integral para pacientes con VIH del Hospital Nacional San Rafael, quienes a la fecha del estudio (Noviembre 2016-enero 2017) cuenta con diagnóstico de una o más comorbilidades psiquiátrica no incapacitante y que estén recibiendo tratamiento antirretroviral.
3. Muestra: de un total de 1200 pacientes activos (es decir pacientes que asisten al hospital por sus medicamentos, en vez de a las unidades de salud periféricas de cada municipio) al momento del estudio, solamente presentan comorbilidad psiquiátrica actual 50 pacientes, debido al tamaño reducido de la población, se decidió abarcar al 100% de los pacientes para el presente estudio.

3.0 Criterios de inclusión

1. Todo paciente ambulatorio u hospitalizado con diagnóstico de infección por VIH y comorbilidad psiquiátrica actual no incapacitante, que pertenezca a la Clínica de Atención Integral para pacientes con VIH del Hospital Nacional San Rafael, que acepte ser parte del estudio y que no cumpla con alguno de los criterios de exclusión.

4.0 Criterios de exclusión

1. Todo paciente de la Clínica de Atención Integral para pacientes con VIH que por algún impedimento mental (enfermedad psiquiátrica incapacitante), física o legal, no sea capaz de dar su consentimiento informado.
2. Todo paciente que no desee ser parte de la investigación.
3. Todo paciente de la clínica que ha padecido enfermedad psiquiátrica previamente, que ya haya sido dado de alta por psiquiatría y que por tanto para la fecha de esta investigación no se encuentre en controles activos con dicha área.

5.0 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
Sexo	Grupo fenotípico determinado por caracteres sexuales del paciente	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino	Dato dado por el paciente en el expediente
Edad	Tiempo que ha vivido el paciente contando desde su nacimiento siendo ésta estrictamente mayor de 18 años	Rangos según datos obtenidos del expediente	Dato dado por el paciente en el expediente
Procedencia	Área geográfica donde habita el paciente	<ul style="list-style-type: none">• Rural• Urbana	Dato dado en expediente clínico
Ocupación	Oficio o profesión que desempeña el paciente	Según respuestas al cuestionario	Dato dado por el paciente en la pregunta 4.1 del cuestionario

Nivel Educativo	Grupo escolar del paciente en el sistema educativo formal según nivel máximo alcanzado	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria (1-6°) • Básica (7-9°) • Bachillerato/mediana • Superior/NO universitario • Superior/universitario • Maestría • Doctorado 	Dato del paciente a la pregunta 4 del cuestionario
Orientación sexual	Patrón de atracción sexual, erótica, emocional o amorosa, del paciente a determinado grupo de personas definidas por su sexo.	<ul style="list-style-type: none"> • Gay • Heterosexual • Bisexual • Travesti • Hombre transexual • Mujer Trans • Lesbiana • Otra 	Dato dado por el paciente a la pregunta 3 del cuestionario
Estado familiar	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Acompañado • Separado 	Respuesta a la pregunta 5 del cuestionario

	otro sexo o de su mismo sexo.	<ul style="list-style-type: none"> • Divorciado • Viudo/a 	
Religión	Sistema cultural de creencias, conductas y prácticas del paciente, que le hacen pertenecer a una categoría religiosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Católico/a • Evagélico/a • Testigo Jehová • Adventista • No profesa • Otra 	Respuesta a la pregunta 7 del cuestionario
Grupo familiar	Grupo de personas unidas o no por vínculos de parentesco que conviven en una misma vivienda, y comparten responsabilidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Solo • Acompañado 	Respuesta a la pregunta 8.1 del cuestionario
Duración del tratamiento antirretroviral	Años transcurridos de tratamiento contados a partir de la fecha de inicio de tratamiento.	Rangos según respuestas	Respuesta dada por el paciente a la respuesta 9 del cuestionario
Apoyo Familiar	Red de apoyo del paciente conformado por personas unidas por parentesco biológico o legal.	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca me han abandonado. • Algunas veces me han abandonado. 	Respuesta del paciente a la pregunta 62 del cuestionario

		<ul style="list-style-type: none"> • Siempre me abandonan. 	
Conteo de Linfocitos CD4	Cuantificación del número de células de Linfocitos T CD4+ detectados en la sangre del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor o igual a 500 células/mL • Menor a 500 células/mL 	Último reporte del conteo de CD4 del paciente registrado en el expediente.
Carga Viral	Cantidad de VIH presente en la sangre del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Indetectable (menor de 50 copias/mL) • Intermedia (mayor de 50 y menos de 100,000 copias/mL) • Alta Mayor o igual a 100,000 copias/mL) 	Último reporte de la carga viral del paciente registrado en el expediente.
Adherencia al tratamiento	Cumplimiento del tratamiento por el paciente, según dosis indicadas, recomendaciones dadas por el médico, percepción de mejoría de sus síntomas, confianza en el tratamiento y temor a RAM.	<ul style="list-style-type: none"> • Adherente (adherencia mayor al 95%; todas las respuestas correctas) • No adherente (adherencia 	Porcentaje obtenido por el paciente según respuestas correctas a las preguntas 10 – 20 del cuestionario.

		menor al 95% al menos una respuesta incorrecta)	
Comorbilidad psiquiátrica	Presencia de una o más morbilidades psiquiátricas asociadas al paciente con VIH.	Según diagnósticos encontrados en el expediente, usando el sistema CIE 10 de clasificación de enfermedades mentales.	Revisión de expediente clínico
Depresión	Trastorno hipotímico subagudo y/o crónico del estado de ánimo que no cumpla los criterios diagnósticos para trastorno depresivo según CIE 10.	Presencia o no de algún síntoma depresivo.	Respuestas afirmativas a las preguntas 52-56 del cuestionario
Ansiedad	Presencia de síntomas de índole ansioso, que no cumpla con los criterios diagnósticos para trastornos de ansiedad según el CIE 10.	Presencia o no de algún síntoma ansioso.	Respuestas afirmativas a las preguntas 52-56 del cuestionario
Uso de drogas	Ingesta de sustancias químicas psicoactivas no terapéuticas por el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Uso de alguna sustancia previa y actual. 	Respuestas afirmativas a alguna de las preguntas 64-76 del cuestionario.

6.0 Proceso de recolección de datos

1. Se tomaron en cuenta para este estudio aquellos pacientes con infección por VIH/SIDA, que según el registro de la Clínica de Atención Integral (CAI) de pacientes con VIH del HNSR, que se encontraban en controles activos con psiquiatría por enfermedad psiquiátrica actual, para las fechas de realización de este estudio (noviembre a diciembre de 2016).
2. Se verificaron los criterios de inclusión y exclusión para cada paciente seleccionado, posteriormente se solicitó mediante la hoja de consentimiento informado la participación en el estudio.
3. Se realizó una entrevista con el sujeto de estudio en la que evaluaron algunos ítems del instrumento llamado Cuestionario Estudio Adherencia de PVS a TAR, instrumento utilizado actualmente por el Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL) para evaluar adherencia al tratamiento antirretroviral.
4. Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes encuestados para registrar los datos de la carga viral y conteo de CD4+; así como para identificar el diagnóstico psiquiátrico por el que actualmente se encuentra en tratamiento.
5. Para fines prácticos, se clasificaron a los pacientes en dos grupos: Paciente adherente y no adherente, según cumplían o no los siguientes criterios:

ADHERENCIA AL TAR

- Sabe que sus medicamentos son para controlar la infección por el VIH y que debe tomarlos en forma permanente.
- Toma del TAR siempre.
- Sabe y toma los nombres de los medicamentos que ingiere y lo hace de acuerdo a horarios prescritos y según si debe tomarlos antes, después o con las comidas.

- Confía en que la medicación antirretroviral le ayudará a controlar la infección por el VIH (mejorará su calidad de vida).
- Se considera con mucha capacidad de controlar la toma de sus medicamentos.
- Considera que su salud ha mejorado mucho desde la toma de medicamentos antirretrovirales.

Se consideró adherente al que cumplía con todos los criterios, y no adherente al que incumplía al menos uno (por ser una adherencia menor al 95%).

7.0 Consideraciones éticas

La presente investigación fue presentada para evaluación ética, previo a su desarrollo, al Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital Nacional San Rafael. Fue elaborada tomando en consideración los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos definidos en la Declaración de Helsinki para el año 2013.

Se dio a cada participante una hoja con la descripción del desarrollo de la investigación, el alcance y los objetivos de la misma, se explicaron los riesgos y beneficios; dicha hoja informativa fue redactada en lenguaje no técnico y fácil de comprender por el paciente; posterior a lo cual se solicitó el consentimiento informado, dejando al sujeto la libertad de decidir si participaría o no en el estudio.

El consentimiento fue disociado del paciente para que no sea identificado y mantener su privacidad.

Se garantiza que la información obtenida fue utilizada dentro de los fines estrictos de la investigación, así mismo se mantendrá el secreto profesional de los pacientes involucrados en el estudio; no que se manipularon los resultados obtenidos y se mantendrá el respeto y apego a las Buenas Prácticas Clínicas en relación a la protección de los datos obtenidos.

8.0 Análisis estadístico

Se tabularon y analizaron los datos en Microsoft Excel 2010 y se utilizó estadística descriptiva para el análisis de variables, mediante herramientas de determinación de distribución de frecuencias.

RESULTADOS

Para el desarrollo de la investigación se utilizó el Cuestionario Estudio Adherencia de PVS al TAR, utilizado por el MINSAL para la evaluación de la adherencia en las distintas clínicas de atención al paciente con VIH del sistema de salud nacional, el cual ya ha sido utilizado en distintos hospitales de la red nacional y fue validado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) componente VIH-SIDA del Fondo Mundial en el año 2013.

Dicho cuestionario toma en cuenta distintos factores de los pacientes los cuales se detallan a continuación:

- Datos generales.
- Sobre el tratamiento antirretroviral.
- Factores emocionales.
- Uso de sustancias psicoactivas.

Dentro de los datos generales, de la población total estudiada de 50 pacientes con comorbilidad psiquiátrica actual, el 60% (30 personas) son del sexo masculino y el 40% (20 personas) pertenecen al sexo femenino, en cuanto a la orientación sexual, tal como se muestra en la tabla 1, la mayor diversidad se encontró en los pacientes del sexo masculino, mientras que del femenino solo una persona manifestó ser de orientación distinta a la heterosexual.

Tabla 1. Sexo y Orientación sexual de los pacientes estudiados de la Clínica de Atención Integral del HNSR. 2016

Orientación sexual	Heterosexual	Homosexual	Transexual	Bisexual	Total
Sexo					
Femenino	19	0	0	1	20
Masculino	17	2	2	9	30
Total	36	2	2	10	50

Tabla 1. La población fue mayoritariamente masculina, la cual además reflejó mayor diversidad sexual que la femenina.

Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR y expediente clínico individual.

En cuanto a los rangos de edad de la población, la mayor parte de la población estuvo comprendida entre las edades de 28 a 36 años con un 28%, seguido de los rangos de 19 a 27 años y de 27 a 45 años ambas con un 22%, tal como se describe en la tabla 2.

Tabla 2. Rangos de edad de los pacientes estudiados de la Clínica de Atención Integral del HNSR. 2016

Rango	Frecuencia	Porcentaje
19-27	11	22%
28-36	14	28%
37-45	11	22%
46-54	6	12%
55-63	6	12%
63-76	2	4%
Total	50	100%

Tabla 2. La mayor parte de la población estuvo comprendida en el rango de edad de 28 a 36 años. Fuente: Hoja de identificación del expediente clínico.

El nivel educativo y la ocupación fueron otros datos generales indagados. De la población estudiada 17 tenían un nivel básico de educación, seguida por estudios en bachillerato (13), y en cuanto a la ocupación la más frecuente fue desempleado (11), seguidos de ama de casa y comerciante con 10 personas para cada una. Los detalles de todas las ocupaciones y de los niveles educativos se detallan en la tabla 3.

Tabla 3. El más frecuente nivel educativo fue la educación básica, y la más frecuente ocupación fueron

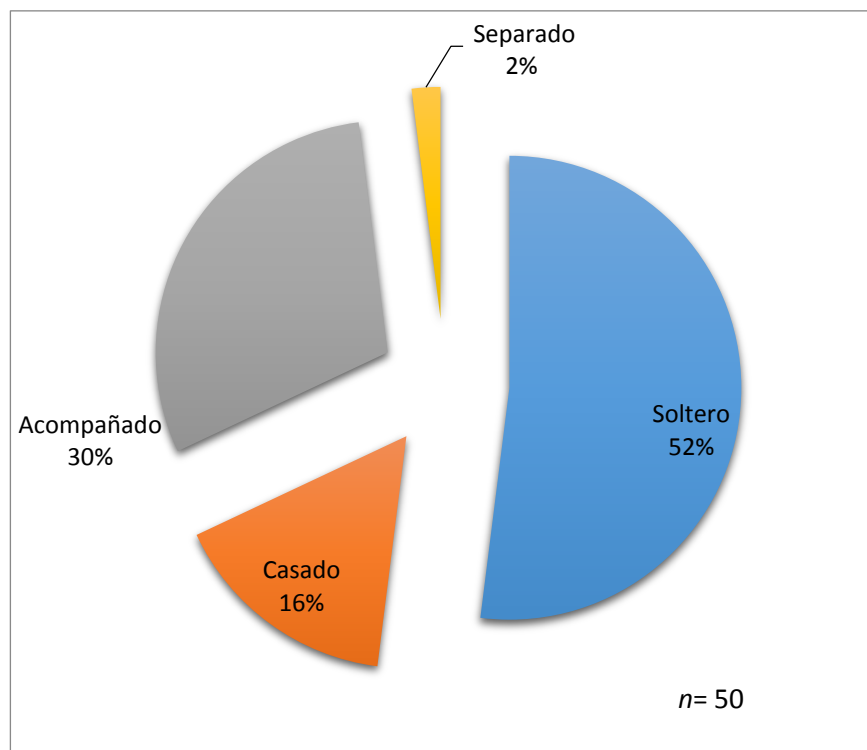
Ocupación \ Nivel educativo	Ninguna	Primaria	Básica	Bachillerato	Superior no universitaria	Superior universitaria	Total
Agente de ventas	0	0	0	0		1	0 1
Albañil	0	2	1	1		0	0 4
Ama de casa	2	2	3	3		0	0 10
Analista	0	0	0	0		0	1 1
Carpintero	0	1	0	0		0	0 1
Cocinero	0	0	1	0		0	0 1
Comerciante	0	5	2	3		0	0 10
Desempleado	2	0	4	3		0	2 <u>11</u>
Doméstico	1	0	0	0		0	0 1
Estilista	0	0	1	1		0	0 2
Mecánico	0	0	2	1		0	0 3
Motorista	1	0	0	1		0	0 2
Secretaria	0	0	1	0		0	0 1
Trabajadora Sexual	0	0	1	0		0	0 1
Vigilante	0	0	1	0		0	0 1
Total	6	10	<u>17</u>	13		1	3 50

desempleado, ama de casa y comerciante. Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR.

Tabla 3. Nivel educativo y Ocupación de los pacientes estudiados de la Clínica de Atención Integral del HNSR. 2016

En cuanto al estado civil de los pacientes el 52% (26 pacientes) son solteros, el 30% (15) están acompañados, 16% (8) casados y 2% (1) separados. (Gráfica 1) A pesar de la mayoría ser solteros, la mayor parte de la población (42 personas, 48%) vive acompañado y la minoría (8 personas, 16%) solo.

Gráfica 1. Estado Familiar de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica de la Clínica de Atención Integral (CAI) del HNSR. 2016

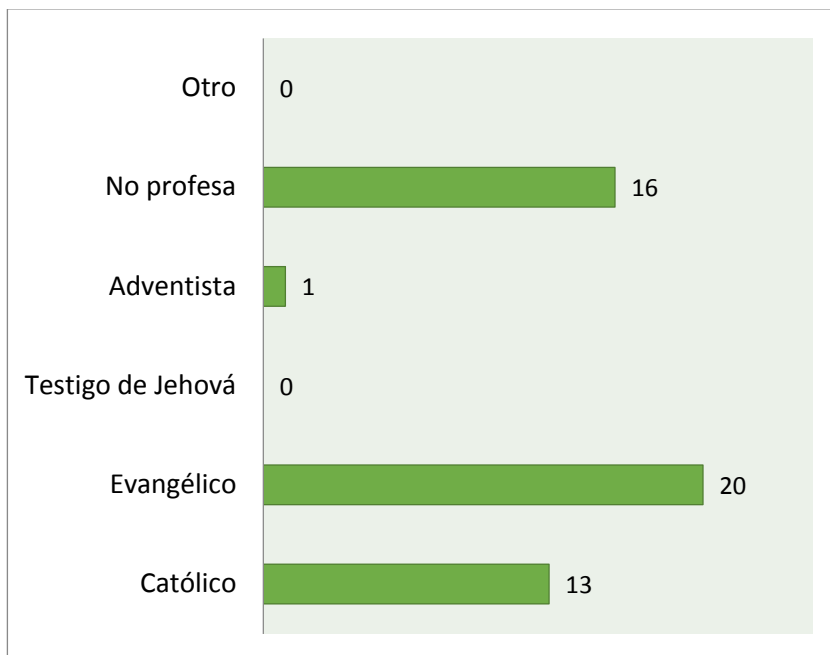


Gráfica 1. La mayoría de la población es soltera, el restante acompañado, casado y separado, respectivamente.

Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR.

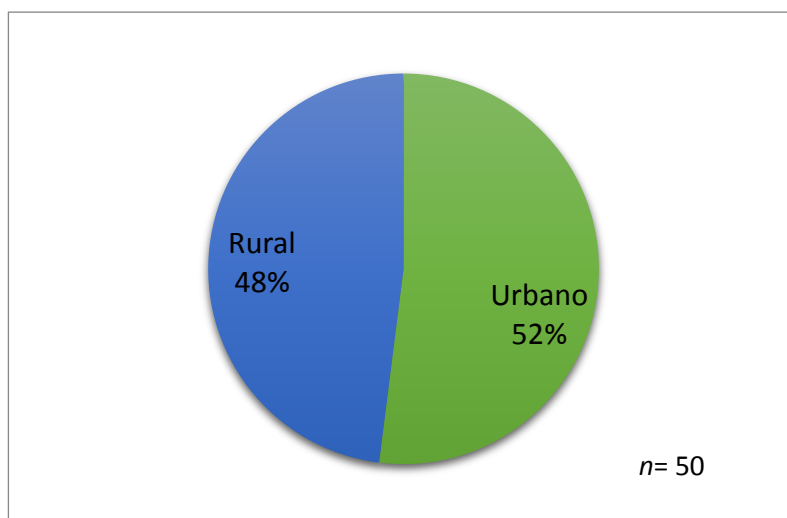
El resto de datos generales, se detallan en las siguientes gráficas.

Gráfica 2. Religión de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica de la CAI del HNSR. 2016



Gráfica 2. La religión más profesada fue la evangélica con un 40% (20 personas), y en segundo lugar la católica con 26% (13); un 32% de la población dice no profesar ninguna de religión.). Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR.

Gráfica 3. Procedencia de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica de la CAI del HNSR. 2016

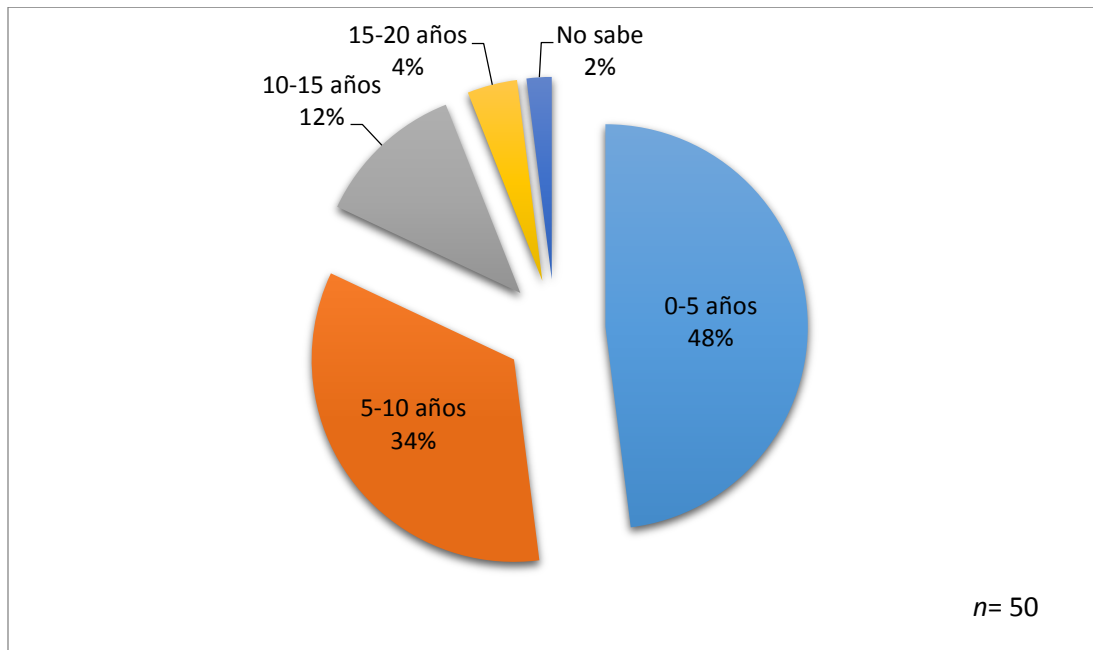


Gráfica 3. El 52% (26) son del área urbana y el 48% (24) corresponden al área rural. Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR.

En cuanto al tiempo de inicio de tratamiento, se encontró que el 48% de los encuestados (24 pacientes), tienen entre 0-5 años de haber iniciado TAR; el 34% (17 pacientes) tienen

entre 5-10 años de haberla iniciado; el 12% (6 pacientes) tienen entre 10-15 años de haberla iniciado; el 4% (2 pacientes) tienen entre 15-20 años de estar en TAR, y el 2% (1 paciente) desconoce la fecha de inicio de esta. Gráfico 4

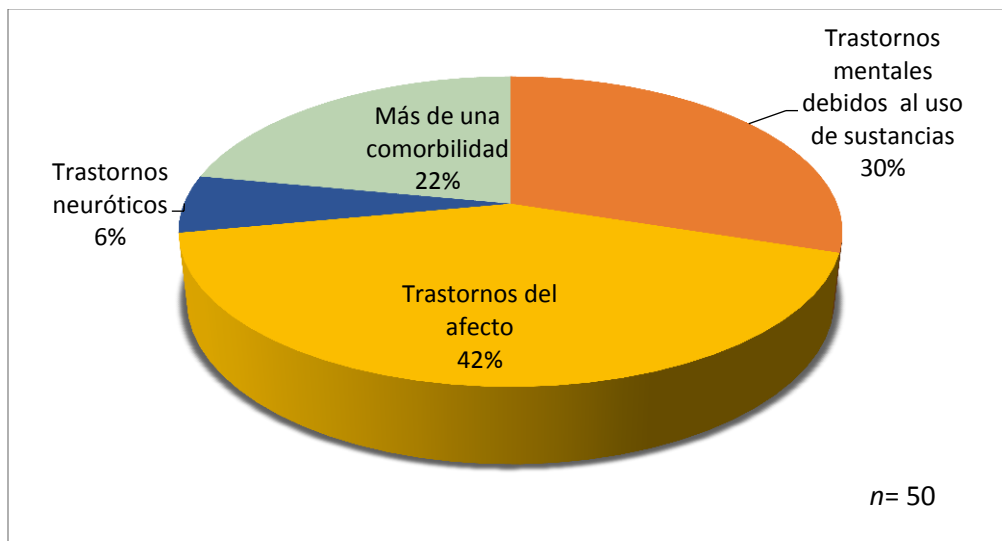
Gráfico 4. Tiempo transcurrido en TAR de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica de la CAI del HNSR. 2016



Gráfica 4. La mayoría de los pacientes tiene menos de 5 años de estar en TAR (48%), mientras que solo el 4% tiene más de 15 años de estar en esta. Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR.

Dentro de la comorbilidad psiquiátrica identificada en la muestra, se encontró que el 42% de los pacientes poseen trastornos del afecto (21 pacientes); el 30% de la muestra padece de trastornos relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas (15 pacientes); el 6% posee trastornos neuróticos (3 pacientes); y un 22% de la muestra presentó más de una enfermedad psiquiátrica (11 pacientes). Gráfico 5. Posteriormente, en la tabla 4 se muestran el total de casos presentados para cada morbilidad, los más frecuentes siguen siendo los trastornos del afecto y del consumo de sustancias.

Gráfico 5. Comorbilidades psiquiátricas identificadas en los pacientes de la CAI del HNSR. 2016



Gráfica 5. El 42% de los pacientes de la muestra presentaron trastornos del afecto, en segundo le siguen los trastornos relacionados con el uso y abuso de sustancias. Fuente: Expediente clínico individual.

Tabla 4. Número de casos por morbilidad psiquiátrica encontrados en los pacientes de la CAI del HNSR, en el período de noviembre-diciembre de 2016

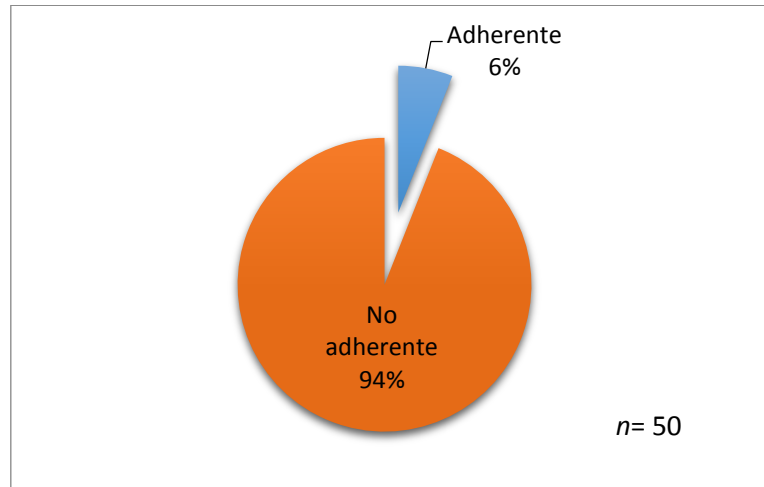
Grupo	Diagnóstico	Frecuencia	Total
Trastornos del afecto	Episodio depresivo leve	2	30
	Episodio depresivo moderado	11	
	Episodio depresivo grave	2	
	Distimia	12	
	Trastorno bipolar	3	
Trastornos pos consumo de sustancias	Consumo perjudicial de sustancias	16	26
	Síndrome de dependencia a sustancias	10	
Trastornos neuróticos	Trastorno de ansiedad generalizado	2	3
	Trastorno mixto ansioso-depresivo	1	
Trastorno de personalidad	Personalidad histriónica	2	2

Tabla 4. Frecuencias para cada trastorno, siguen siendo los más frecuentes los trastornos del afecto y consumo de sustancias.
Fuente: Expediente clínico individual.

Con respecto a la adherencia al tratamiento antirretroviral, se evaluó a los pacientes que cumplieran todos los criterios como adherentes, encontrándose que solo el 6% de la

muestra es adherente al tratamiento antirretroviral (que equivale solamente a 3 pacientes), mientras que el 94% de los pacientes no cumple con uno o más criterios, por lo que no obtienen el 95% mínimo para considerarse como adherentes (47 pacientes). Gráfico 6

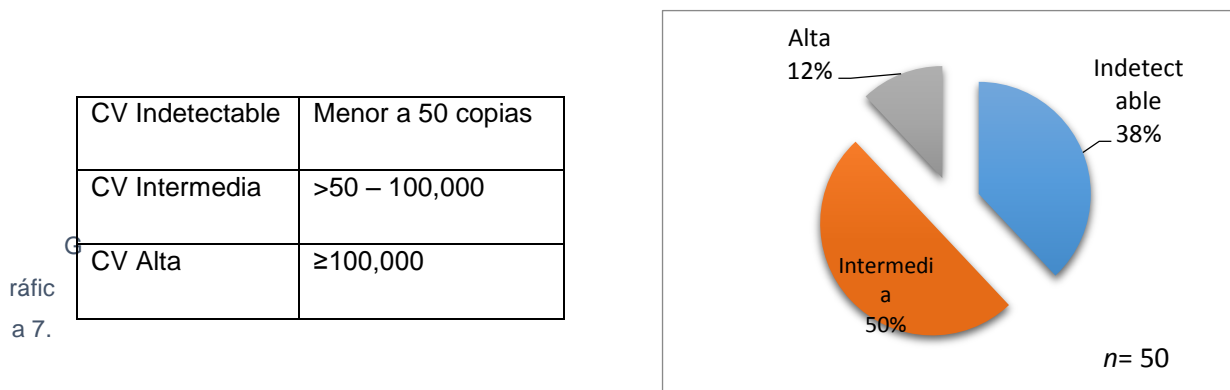
Gráfico 6. Porcentaje de pacientes de la CAI del HNSR con adherencia óptima y subóptima. 2016



Gráfica 6. Únicamente el 6% de la muestra cumple el 95% de criterios mínimos como para considerarse adherentes a la TAR. Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR.

En cuanto a la carga viral (CV) de los pacientes pertenecientes al estudio, se encontró que el 38% de los que participaron, poseen una CV indetectable (19 pacientes); el 50% de los pacientes poseen una CV intermedia (25 pacientes), y solo el 12% de la muestra posee una CV alta (6 pacientes). Gráfico 7

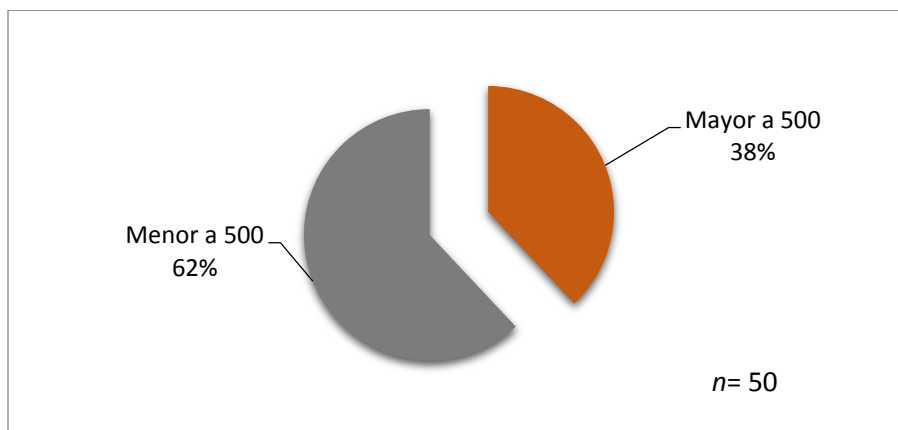
Gráfico 7. Resultados de últimas CV identificadas en los expedientes de los pacientes de la CAI del HNSR. 2016



La mayor parte de la muestra posee una carga viral de intermedia a alta, representada en un 72%; solo el 38% posee una CV indetectable (19 pacientes). Fuente: Expediente clínico individual.

De los resultados del conteo linfocitos CD4 se encontró que el 38% de la muestra posee un conteo mayor a 500 células/μlitro (19 pacientes), mientras que el 62% de la muestra presenta un conteo menor de CD4 (31 pacientes).

Gráfico 8. Últimos resultados de Linfocitos CD4 encontradas en los expedientes de los pacientes de la CAI del HNSR. 2016



Gráfica 8. Tan solo el 38% de la muestra posee un adecuado conteo de linfocitos CD4. Fuente: Expediente clínico individual.

Acerca de los resultados obtenidos en el cuestionario de la variable ansiedad, solo 8 personas que equivalen al 16% de la población dicen no haber presentado alguna vez algún

síntoma de ansiedad, mientras que el restante respondieron haber sentido uno o más síntomas. Los detalles por pregunta se presentan en la tabla 5.

Tabla 5. Síntomas de ansiedad detectados en los pacientes de la CAI del HNSR. 2016

Síntomas de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	39	78%
¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?	31	62%
¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	30	60%
¿Se ha asustado o sentido pánico sin motivo?	23	46%
¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?	29	58%

Tabla 5. En la mayoría de las preguntas más del 50% respondieron de forma positiva. Fuente: Cuestionario estudio adherencia PVS a TAR.

En la variable de depresión, más del 50% respondió de forma positiva a todas las preguntas, demostrando la presencia de síntomas depresivos. Aunque la mayoría presentan los síntomas también refieren sentirse capaces de tomar decisiones y de disfrutar actividades cotidianas, y tal como se puede apreciar en la tabla 6.

Tabla 6. Síntomas de depresión encontrados en los pacientes de la CAI del HNSR. 2016

Síntomas	Número	Porcentaje
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	36	72%
¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	32	64%
¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	32	64%
¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirla?	31	62%
¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	28	56%

Tabla 6. En todas las preguntas más del 50% respondió de forma positiva. Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR.

De toda la población el 24% refirió nunca haber consumido ningún tipo de sustancia psicoactiva; por otra parte del 76% que sí han consumido una o más sustancias psicoactivas, el 50% lo ha hecho dentro de los últimos 6 meses; el consumo en 6 meses de distintas sustancias está detallado en el gráfico 9.

Gráfico 9. Consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 6 meses en los pacientes de la CAI del HNSR. 2016

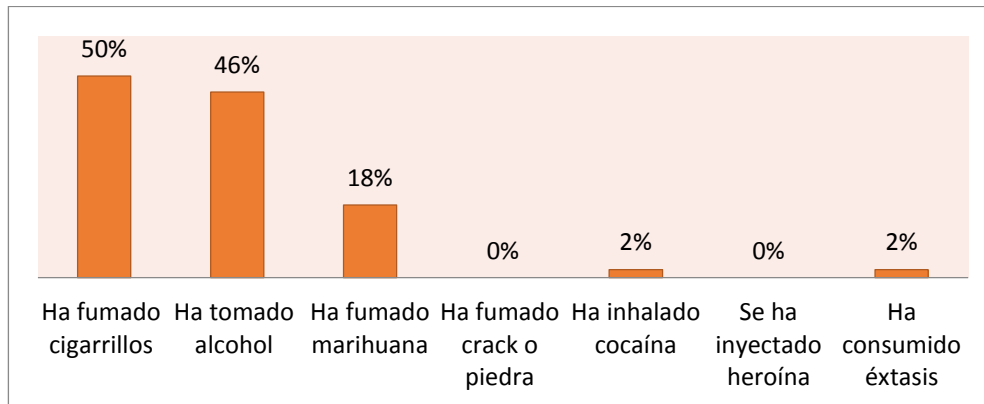


Gráfico 9. Los porcentajes representan a las personas que respondieron de forma positiva del total de 50; las sustancias más frecuentes son los cigarrillos y el alcohol.

Los detalles del resto de preguntas de la variable de uso de sustancias, se presentan en la tabla 7. Estas preguntas están dirigidas a identificar personas que incurran en conductas asociadas al abuso del alcohol específicamente (sin cumplir por ello los criterios diagnósticos).

Tabla 7. Uso de sustancias en los pacientes de la CAI del HNSR. 2016

Pregunta	Frecuencia	Porcentaje
¿Alguna vez ha sentido un deseo o una urgencia tan fuerte de beber licor, que no podía pensar en nada más?	18	36%
¿Le ocurre en ocasiones que sin darse cuenta termina tomando licor por un tiempo mayor al que tenía pensado?	23	46%
¿Ha notado si su ingesta actual es mayor del 50% de los que tomaba de joven?	13	26%
¿Ha intentado quitarse alguna vez la resaca con un trago?	16	32%
¿Alguna vez ha suspendido actividades importantes. Como deporte, trabajo, reunión con amigos o familiares por estar tomando?	20	40%
¿Continuó usted bebiendo aún después de darse cuenta de que el alcohol le creaba problemas?	20	40%
¿En los últimos 6 meses ha tomado más de 5 tragos en una misma ocasión?	17	34%

Tabla 7. Los porcentajes representan las personas que respondieron de forma afirmativa a las distintas preguntas. Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR

En cuanto a la percepción de su relación médico-paciente, todos los pacientes afirmaron que confían en el médico que los atiende en la clínica; al igual que afirmaron sentirse apoyados por todo el personal de la clínica para el cumplimiento de su tratamiento.

Por otra parte, en la valoración del apoyo familiar la mayoría de los pacientes refirieron sentirse apoyados, entre ellos los 3 pacientes adherentes y el 78% (39 pacientes) de los no adherentes; y solo un 16% del total de los pacientes refirieron sentirse sin apoyo familiar (Tabla 8).

Tabla 8. Percepción de apoyo familiar en pacientes de la CAI del HNSR estudiados. 2016

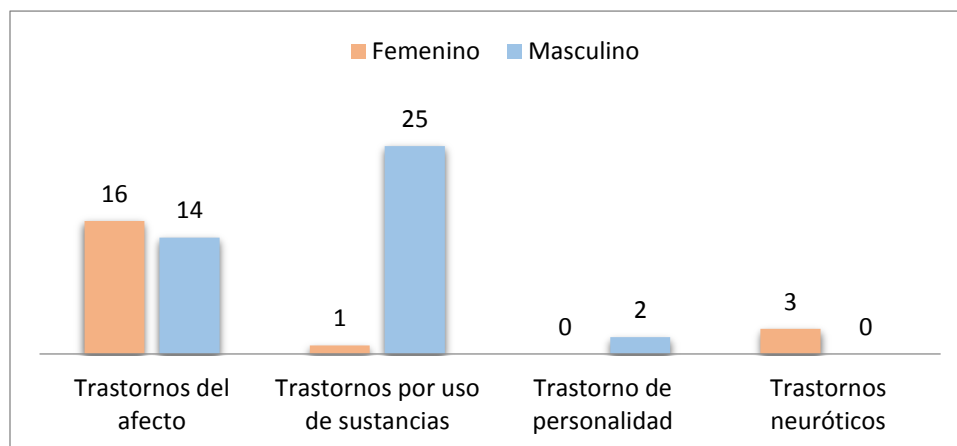
	Con apoyo familiar	Sin apoyo familiar	Total
Pacientes adherentes	3	0	3
Pacientes no adherentes	39	8	47
Total	41	8	50

Tabla 8. La mayoría de los pacientes (adherentes o no refirieron sentirse apoyados por su familia. Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR.

ANÁLISIS

Como primer punto, es de recalcar que los trastornos principalmente observados son los del afecto, dentro de los cuales se englobó a pacientes con diagnóstico de Episodios depresivos (leve, moderado y grave sin síntomas psicóticos), trastorno distímico y el trastorno bipolar; en segundo lugar siguen los trastornos por abuso de sustancias (alcohol y otras drogas). De ambos grupos de trastornos, los del afecto predominaron en el sexo femenino y los de abuso de sustancias en el sexo masculino como se puede observar en la gráfica 10. Esto coincide con la incidencia esperada de dichos trastornos en la población en general, además en estudios anteriores realizados en otros países como Estados Unidos de América y España, los trastornos del afecto también son los más frecuentes en la población con VIH [32].

Gráfica 10. Comorbilidad psiquiátrica por sexo en los pacientes de la CAI del HNSR. 2016



Gráfica 10. Los trastornos del estado de ánimo predominaron en la población femenina y los de abuso de sustancias en la masculina. Fuente: Cuestionario estudio adherencia PVS a TAR y Expediente clínico.

En cuanto a la distribución de los trastornos por edad, los trastornos del afecto y por consumo de sustancias son los que se encuentran mayormente distribuidos, teniendo

máxima incidencia en la población de 19 a 27 años y de 28 a 45 años, respectivamente.

Gráfico 11.

Gráfico 11. Comorbilidad psiquiátrica por edad en los pacientes de la CAI del HNSR. 2016

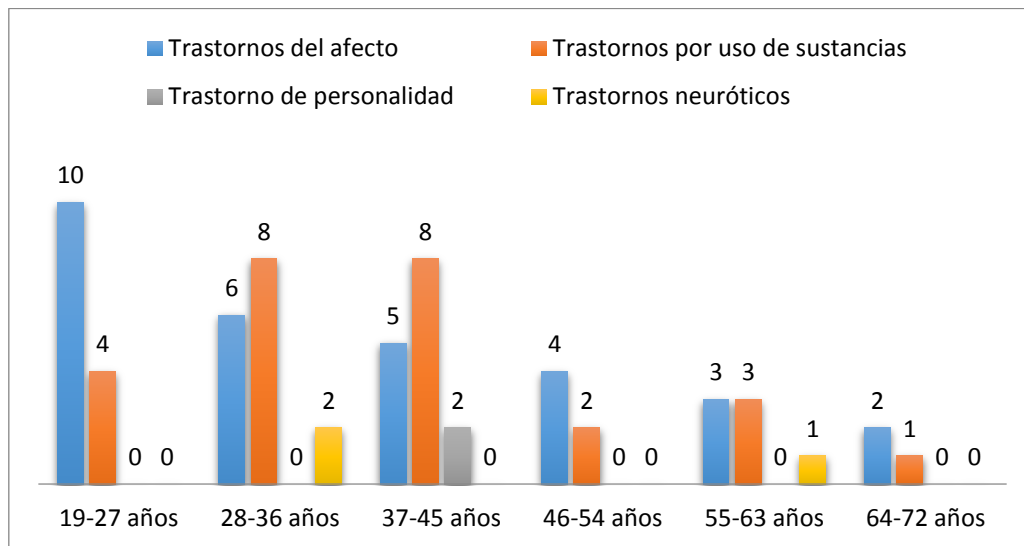
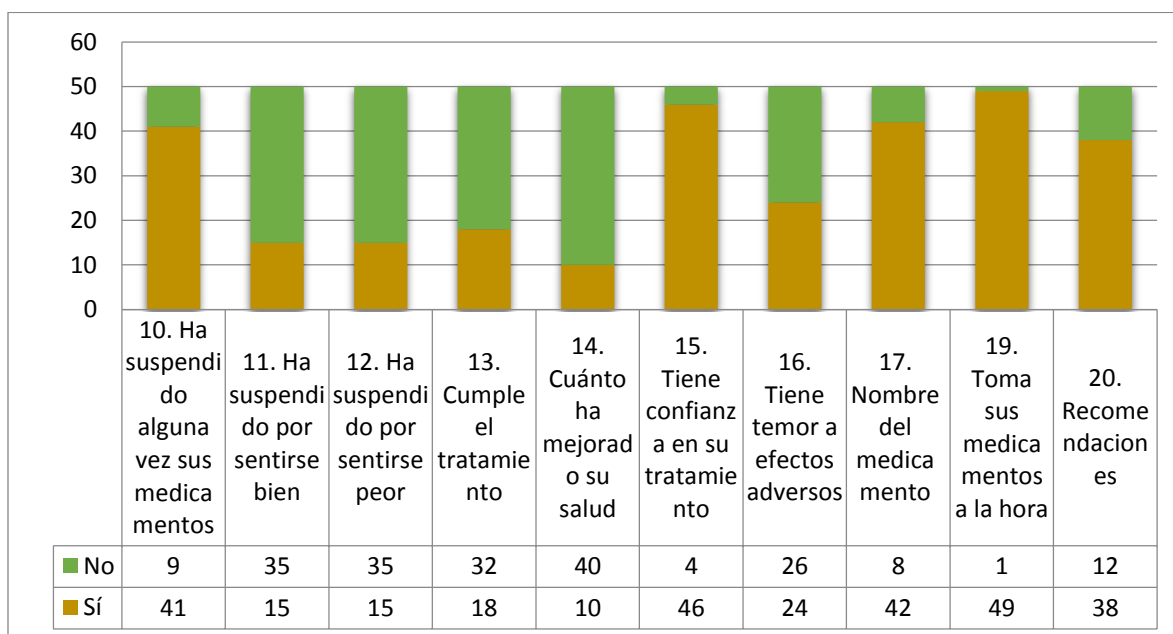


Gráfico 11. La distribución más variada es de los trastornos del afecto y de abuso de sustancias. En el eje X se han representado los rangos de edad, y en el eje Y la frecuencia de cada trastorno. Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR y expediente clínico individual

Para la evaluación de la adherencia, como ya se había mencionado en el diseño metodológico, se clasificó a los pacientes en dos grupos: adherentes y no adherentes. Anteriormente se dijo que solo 6% de los encuestados cumplieron todos los requisitos para considerarse adherentes, mientras que el resto erró una o más preguntas. Los resultados obtenidos por respuesta se muestran en la gráfica 3.

Gráfica 12. Respuestas por cada pregunta de la variable adherencia de los pacientes de la CAI del HNSR. 2016



Gráfica 12. Solo 3 personas cumplieron todos los requisitos para considerarse adherentes. Para la pregunta 4, la respuesta debía ser “siempre”, y para la pregunta 5 la respuesta debía ser “mucho” para ser consideras como “sí”. Fuente: Cuestionario estudio adherencia de PVS a TAR.

El nivel de adherencia tan bajo coincide con los resultados de CD4 y CV que si bien no son indicadores directos de la misma, sí se correlacionan con la adherencia así como con otros factores como conductas de riesgo, el tiempo de evolución entre otros. De los 3 pacientes con adherencia mayor a 95%, los valores de CD4 son: 425, 421 y 570 células por mL; todos por arriba del promedio total de la población estudiada que fue de 417 células por mL; y los valores de carga viral se encuentran indetectables para los 3.

Con respecto a estos valores es necesario recalcar que la mayoría de los pacientes (62%) se encuentran con valores considerados altos para ser pacientes que ya están en tratamiento. Según la Guía Clínica de Atención Integral a Personas con VIH, un valor de CV mayor a 1000 copias por mL se considera fracaso virológico del tratamiento; y un conteo de linfocitos CD4 menor a 350 células por mL se considera un fracaso inmunológico. En la Gráfica 13 se presentan los porcentajes de pacientes que se encuentran por arriba y debajo

de dichos valores para ambos parámetros, respectivamente. Se calculó además, que el 62% de los pacientes de la población estudiada cumple con al menos uno de los dos criterios para considerarse fracaso terapéutico y que por tanto debe evaluarse el cambio de régimen dentro de los próximos 6 a 12 meses, según lineamiento. Se destaca este hecho debido a que el primer signo de generación de resistencia al TAR es la falta de respuesta a los antirretrovirales lo cual se refleja en la falta de descenso de la CV; estos pacientes como es sabido ponen en peligro no solo a sí mismos, sino que pueden exponer a otros pacientes *naïve* (vírgenes al tratamiento) a estas mutaciones generadoras de resistencia [28]. Por otra parte resulta interesante el contraste de la población con valores indetectables de CV (38%) el cual es relativamente alto considerando el tan bajo nivel de adherencia observado (a penas 6% fueron adherentes), demostrándose que no existe un factor único que determine la adherencia, sino que deben siempre evaluarse muchas variables simultáneamente.

Gráfico 13. Pacientes de la CAI del HNSR con valores mayores y menores al valor óptimo de CV y CD4. 2016

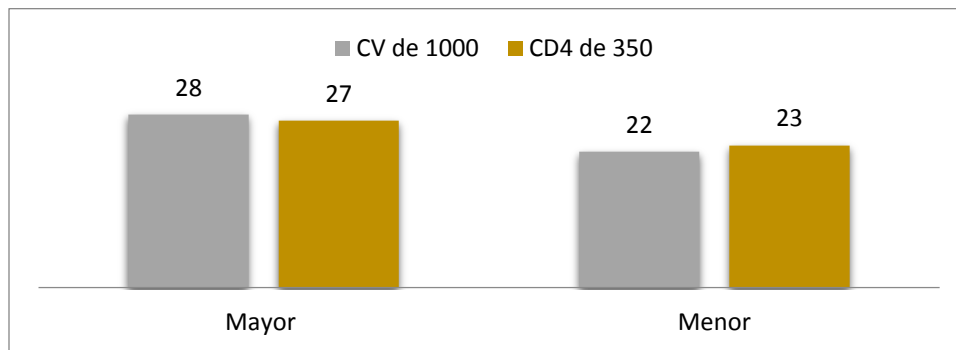


Gráfico 13. En ambos parámetros más de la mitad se encuentra en el valor considerado como fracaso terapéutico.

Otro aspecto importante es que los 3 pacientes que tienen adherencia mayor al 95% presentan trastornos del orden de alteraciones del afecto (episodios depresivos y distimia, específicamente), todos manifestaron tener además al menos un síntoma de los de la variable ansiedad, y ninguno había usado sustancias psicoactivas en toda su vida

(incluyendo alcohol y cigarrillos); estos últimos, sin duda casi siempre se asocian a mala adherencia; y todos, además, provienen del área urbana. Estos resultados obtenidos concuerdan con lo esperado según resultados en estudios previos [21]. A pesar que los 3 pacientes adherentes manifestaron sentirse apoyados por su familia en el cumplimiento del tratamiento, el porcentaje de pacientes que se expresaron de la misma forma entre los pacientes no adherentes (78% de los pacientes) es muy alto, lo que difiere con lo encontrado en diversos estudios, donde los pacientes no adherentes por lo general se sienten abandonados por sus familias [42]. Es importante no olvidar que el número tan reducido de la muestra puede llevarnos a esta diferencia, sin significar que los patrones familiares en el paciente salvadoreño son distintos a los de los pacientes de otros países.

En cuanto al sexo de los pacientes con adherencia óptima 2 son masculinos y 1 femenino. Igualmente que en la variable anterior, estos resultados son diferentes entre estudios, en donde el hallazgo común es que el sexo femenino es el más adherente, sin embargo la mayor parte de la población igualmente era del sexo masculino lo que puede estar provocando esta variación [41]. En cuanto al nivel educativo sí varían completamente habiendo uno con educación superior, uno con educación básica y el otro sin ningún nivel de estudios, por lo que definitivamente no se puede generalizar a nuestros pacientes adherentes según su nivel educativo. En cuanto al estado familiar 2 son solteros y 1 casado, sin embargo todos viven acompañados, por lo que su adherencia o no adherencia no puede ser evaluada desde el punto de vista de la presencia de personas en su vivienda que le recuerden la ingesta de sus medicamentos, esto también por el hecho anterior en que la mayoría se sienten apoyados por sus familias. Además, 2 pacientes son heterosexuales y 1 homosexual; 2 pertenecen a la religión católica y 1 a la evangélica. En cuanto a estos últimos aspectos,

existe una gran diversidad entre estudios, posiblemente provocado por la diversidad cultural entre esos países con El Salvador [41][36].

Existen otros factores, previamente mencionados que si bien sí están relacionados según estudios previos, no se encontró variación alguna en esta población, así por ejemplo, en lo que respecta a la relación médico-paciente, todos los entrevistados afirmaron tener confianza en los médicos de la CAI al igual que todos se sienten animados a cumplir el tratamiento por todo el equipo de salud de la clínica, en contraste con otros estudios en donde los pacientes no sienten confianza en el personal de salud [41]. Si bien los 3 pacientes adherentes tenían más de 5 años de tener la enfermedad, entre los no adherentes, habían a la vez pacientes con menos de 6 meses de tratamiento hasta algunos con 20 años, por lo que no se puede arrojar tampoco una conclusión exacta de estas variables. Igualmente en el análisis de las variables sociodemográficas, no se puede generalizar qué sexo tiene mayor adherencia, o qué estado familiar es el más favorable, entre otros; dejando en evidencia que no se pueden extender estos hallazgos a otras poblaciones, o determinar patrones de adherencia que está demás aclarar que esa no es la intención del presente estudio.

CONCLUSIONES

- Tras la evaluación de la población con el Cuestionario Estudio Adherencia de PVS al TAR se encontró que 94% de los pacientes del estudio no tienen adherencia al TAR. Es un altísimo porcentaje que sin embargo, concuerda con los hallazgos encontrados en el estudio realizado por el PNUD para la validación del cuestionario en el año 2013, donde la adherencia fue solo del 42% en la población general.

- Las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes fueron los trastornos del afecto, seguidos de los trastornos por consumo de sustancias.

- Algunos de los aspectos estudiados como los emocionales, el uso de sustancias o la presencia de síntomas ansiosos, siguen los patrones esperados según estudios previos, en donde no hay adherencia al TAR al haber una fuerte presencia de estos factores.

- Sin embargo, en cuanto a la evaluación de las variables sociodemográficas y culturales (sexo, procedencia, religión, orientación sexual y apoyo familiar) se presentó tanta diversidad en esta población, que además difiere de las de otros estudios (incluido el único estudio de adherencia en El Salvador), que no se puede concluir qué rol juegan estos en la adherencia al TAR en la población salvadoreña.

- Todos los pacientes manifestaron confiar en el personal de salud, lo que nuevamente no se refleja cómo se esperaría en la mala adherencia de la población estudiada.

- Por último, en lo que respecta a la evaluación de la carga viral y del conteo de linfocitos CD4 de los pacientes, los resultados poco favorables reportados en el expediente para ambos parámetros coinciden con lo esperado según los resultados obtenidos en la adherencia.

RECOMENDACIONES

- La Adherencia al TARV es el aspecto más importante para una lenta progresión de la enfermedad, depende de distintos factores, pero el principal está dado por el paciente. Por lo anterior se recomienda al personal médico la evaluación integral de cada paciente con infección por VIH en cada consulta, lo cual permitirá un abordaje oportuno, no solo desde el punto de vista de comorbilidades psiquiátricas presentes, pero de otros aspectos de la vida diaria que puedan perjudicar la adherencia óptima al tratamiento.

- Ante la detección de casos de mala adherencia se recomienda un seguimiento estricto de dicho paciente, y esclarecer los motivos de la mala adherencia para poder influir en ellos.

- A pesar de la gran importancia de la adherencia como ya vastamente lo hemos mencionado, en El Salvador muy poco se ha estudiado con respecto al tema, quedándonos por detrás de otros países en los que inclusive se han desarrollado herramientas físicas como dispensadores electrónicos que permiten identificar tempranamente al paciente no adherente. El tema de la adherencia aún tiene un amplio campo para ser estudiado, e incluso solo enfocándose en la presencia de comorbilidad psiquiátrica en pacientes con infección por VIH todavía faltan muchos aspectos por determinar, considerando que este estudio involucró a solo una pequeña parte de la población con VIH y comorbilidad psiquiátrica del país. Por lo que a las entidades gubernamentales e internacionales que correspondan recomendamos realizar más estudios de medición de adherencia de la población con VIH de El Salvador, además de implementarse medidas correctivas ante los hallazgos actuales de tan mala adherencia, y consecuentemente medición de los alcances obtenidos con dichas medidas.

- La implementación de métodos más confiables para la evaluación de la adherencia, considerando que un mayor costo no debe desprestigiar los alcances que puede tener el

uso de estos en la adherencia y por tanto en la progresión de la enfermedad y, a largo plazo, en el sistema de salud nacional; debe tenerse un método más confiable ya que con el uso de herramientas de medición de adherencia como los cuestionarios, siempre pueden existir aspectos que generen sesgos aún mayores que utilizando otras herramientas; si bien es el menos costoso, consideramos que en relación al impacto de una mala adherencia en la infección por VIH, los costos no deben menospreciar otros instrumentos más exactos; el hecho de que a nivel nacional la adherencia solo ha podido ser medida con cuestionarios o por la cantidad despachada de medicamentos, nos deja la incertidumbre sobre qué tan exactos son los hallazgos de los estudios que hemos realizado. Desde este punto de vista, y con tan escasos estudios sobre el tema, podríamos deducir que aún no sabemos con exactitud la adherencia a la TARV en los pacientes con VIH salvadoreños.

ANEXOS

ANEXO 1



Santa Tecla, 31 de octubre 2016

A quien interese:

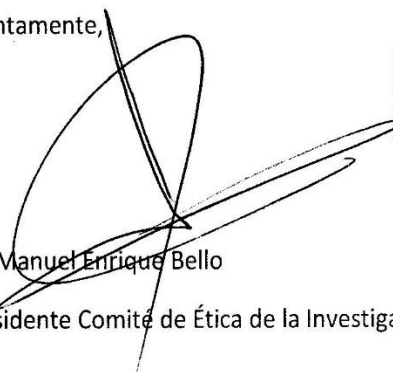
Por medio de la presente se autoriza a los integrantes del grupo investigador del trabajo Adherencia al Tratamiento Antiretroviral en Pacientes con Infección con VIH y Comorbilidad Psiquiátrica de la Clínica de Atención Integral del Hospital Nacional San Rafael a realizar dicho estudio.

Sara Elena Campos Ramírez

Mario Enrique López Rendón

Siendo esta una investigación de carácter descriptivo la cual llena todo los requisitos que demanda el Comité, se concluye la revisión, quedando aprobado el protocolo para que inicie la investigación.

Atentamente,



Dr. Manuel Enrique Bello
Presidente Comité de Ética de la Investigación

Dr. Manuel Enrique Bello Quezada
DOCTOR EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 6899

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por VIH y comorbilidad psiquiátrica de la Clínica de Atención Integral del Hospital Nacional San Rafael”

Mario Enrique López Rendón

Sara Elena Campos Ramírez

Dr. José María Sifontes

Teléfonos: 7859-6247; 7851-7257

Nos encontramos realizando una investigación acerca de los efectos que tiene la presencia de una enfermedad mental (tal como la depresión y la ansiedad) en el cumplimiento del tratamiento antirretroviral, es decir, si la presencia de estas enfermedades en los pacientes los hace dejar de tomarse los medicamentos o de asistir a sus controles en el hospital.

El propósito de la investigación es determinar qué tanto afecta la presencia de estas enfermedades mentales en el apego al tratamiento antirretroviral, para sugerir recomendaciones en la atención al paciente, de manera que esta sea más completa.

Al participar de esta investigación, su identidad, su diagnóstico y toda la información contenida en su expediente clínico y la brindada durante la entrevista, estará protegida, ya que los datos serán utilizados para fines exclusivos de investigación y solo serán vistos por los miembros del equipo de investigación. La información recopilada durante esta investigación será tratada de forma estrictamente confidencial.

Toda su información o datos que lo puedan identificar directa o indirectamente estarán protegidos por los investigadores y serán manejados confidencialmente. Solamente Mario Enrique López Rendón y Sara Elena Campos Ramírez tendrán acceso a los datos crudos.

Esta investigación está siendo realizada para fines educativos y no persigue ningún beneficio de lucro, usted no será remunerado económicamente por participar en ella.

Si usted decide participar en la presente investigación, debe saber que además de ser entrevistado, su expediente clínico será revisado, pero solo se buscarán los datos de sus últimos exámenes de laboratorio y datos personales. Cualquier otra información distinta a la descrita que esté contenida en su expediente no será utilizada durante el desarrollo de esta investigación.

Tiene derecho a no participar, lo cual no tendrá repercusiones en sus futuras atenciones en este centro de salud ni en ningún otro.

Su firma en este documento significa que ha leído, entendido y aceptado las condiciones del estudio.

Puede preguntar más sobre sus derechos como sujeto de investigación al Comité de Ética del Hospital Nacional San Rafael.

CONSENTIMIENTO:

Yo hago constar que he comprendido lo que se me ha explicado sobre esta investigación, y que se me han aclarado las dudas que tenía; por lo que estoy de acuerdo en participar. Estoy consciente de que seré sometido a una entrevista y que se revisará mi expediente clínico.

Nombre	Firma	Fecha
--------	-------	-------

ANEXO 3

CUESTIONARIO ESTUDIO ADHERENCIA DE PVS A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Código No: _____

Fecha Administración Cuestionario: _____

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Hora de Administración: _____

Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

Entrevistador: _____

Hospital clínica: _____

Comunidad: _____

Colonia (Urbano): _____

Cantón(rural): _____

Municipio: _____

Departamento: _____

¿Pertenece algún grupo de apoyo?: Sí _____ No _____

DATOS GENERALES

1. Edad (años cumplidos a la fecha): _____

2. Sexo: Masculino Femenino

ORIENTACIÓN SEXUAL

3. ¿De las siguientes, cuál corresponde a su orientación sexual?

Gay Heterosexual Bisexual Travesti

Hombre transexual Mujer Trans Lesbiana

Otra

NIVEL EDUCATIVO

4. ¿Cuál es el nivel académico mayor que ha aprobado?

Ninguno

Primaria (1^o-6^o)

Básica (7^o- 9^o)

Bachillerato/media

Superior NO universitario

Superior universitario

Graduado Universitario

Maestría

Doctorado

4.1 ¿Cuál es su ocupación actualmente? _____

5. ¿Cuál es su Estado familiar?

Soltero/a

Casado/a

Acompañado/a

Separado

Divorciado/a

Viudo/a

5.1 ¿En el último año, cuántas parejas sexuales ha tenido? _____

6. ¿Cuántos hijos tiene?

No tiene hijos

1

2

3

4

Más de 4

7. ¿A qué grupo religioso pertenece?

Católico/a

Evangélico/a

Testigo jehová

Adventista

No profesa

Otra (especifique)

8. Grupo familiar

8.1 ¿Vive solo o acompañado? Solo Acompañado

8.2 ¿Cuántas personas forman su grupo familiar? _____

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

9. ¿Mencione el año o fecha exacta en la que recibió el diagnóstico y la fecha en la que inició con el TAR?

FECHA DE DIAGNÓSTICO _____

FECHA DE INICIO DE LA TAR _____

10. ¿Ha suspendido sus medicamentos alguna vez?

Sí No NR

11. ¿Ha suspendido sus medicamentos alguna vez por sentirse bien de salud?

Sí No NR

12. ¿Alguna vez ha suspendido sus medicamentos por encontrarse peor de salud?

Sí No NR

13. ¿Cumple con la ingesta de los medicamentos antiretrovirales a las horas indicadas?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

14. ¿Cuánto considera usted que ha mejorado sus salud desde que comenzó a tomar el TAR?

Mucho Bastante Poco Regular Nada

CONFIANZA EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

15. ¿Confía usted en que el TAR ayudará a mejorar su condición de salud?

Sí No NR

TEMOR (EFECTOS ADVERSOS)

16. ¿Teme a que el tratamiento que está tomando le ocasiona efectos adversos o daños a su organismo?

Sí No NR

17. Nombre del medicamento: _____

18. Número de comprimidos que toma por día: _____

19. Hora de ingesta: _____

20. ¿Qué recomendación ha dado su médico sobre la toma de los medicamentos en relación con la comida?: _____

21. ¿Conoce los resultados de su CD4 y Carga Viral?

CD 4 Sí No NR

Carga Viral Sí No NR

22. ¿Conoce sus resultados de?

CD 4: _____

Carga Viral: _____

23. ¿Desde el inicio del tratamiento qué servicios de los siguientes ha recibido en la Clínica?

	Sí	No	NR
Atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención Psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención Nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupo de apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención Odontológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. ¿Cuáles de los siguientes exámenes le han tomado en la Clínica en los últimos seis meses?

	Sí	No	NR
Anticuerpos CD4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carga viral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triglicéridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis (flema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. ¿Alguna vez le han diagnosticado algún tipo de desnutrición?

Sí No NR

25.1 Estatura: _____

25.2 Peso: _____

26. ¿En farmacia, le despachan el número exacto de pastillas (según su esquema) por el período entre una consulta y la otra?

Sí No NR

27. ¿Alguna vez le han cambiado los medicamentos sin antes haber pasado consulta con el médico (por no haber disponibilidad en farmacia, por donativos, etc.) ?

Sí No NR

28. ¿Tiene alguna/as de estas enfermedades?

	Sí	No	NR
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ITS ¿Cuál? _____

OPERACIÓN

29. ¿Le han realizado alguna operación alguna vez?

Sí No NR

30. ¿De ser afirmativa, cuál fue la operación que le realizaron?

Si no sabe el nombre quirúrgico poner la idea

31. Corre riesgos en su comunidad de tener algún percance como:

	Sí	No	NR
Accidentes vehiculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heridas por asalto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes laborales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agresiones físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. ¿Sabe el nombre del médico o de otro personal de salud que lo atienden en la clínica?

Sí No NR

33. Mencione sus nombres:

A. _____
B. _____
C. _____

34. ¿Siente confianza en su médico?

Sí No NR

35. ¿Si tiene alguna duda sobre su tratamiento o su enfermedad, el personal de salud de la clínica responden satisfactoriamente a sus dudas?

Sí No NR

36. ¿Su médico o el personal de la clínica lo incentivan a seguir adelante y cumplir su tratamiento, según los resultados de laboratorio obtenidos?

Sí No NR

37. ¿Cuánto considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los Antirretrovirales?

Mucho Bastante Regular
Poco Nada

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

38. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos?

Sí No NR

39. ¿Ha tenido que cambiar su alimentación desde que comenzó a tomar el TAR?

Sí No NR

40. ¿Ha tenido que dejar de comer ciertos alimentos por culpa del tratamiento?

Sí No NR

41. ¿Considera que estos cambios realizados son demasiado intensos?

S No NR

42. ¿Considera que estos cambios en su dieta, los puede seguir haciendo por el resto de su vida?

Sí No NR

43. ¿Cómo se ha sentido de salud desde que comenzó a tomarse los medicamentos de la TAR?

Mejor Igual Peor

44. ¿Cómo se ha sentido de salud en los últimos 6 meses?

Mejor Igual Peor

45. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

46. ¿Con qué frecuencia le quitan el sueño sus preocupaciones?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

47. ¿Con qué frecuencia se interrumpe su sueño nocturno durante la noche?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

48. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

49. ¿Se ha sentido nervioso y malhumorado?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

50. ¿Se siente usted asustado, preocupado o con miedo, sin ningún motivo específico?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

51. ¿Con qué frecuencia tiene la sensación de que todo se vendrá encima?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

VARIABLE DE DEPRESIÓN

52. ¿Con qué frecuencia considera usted que es capaz de tomar decisiones?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

53. ¿Siente usted que es capaz de disfrutar las actividades diarias?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

54. ¿Alguna vez ha pensado que es una persona que no vale para nada?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

55. ¿Alguna vez ha sentido que la vida no vale la pena vivirse?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

56. ¿Alguna vez ha deseado morir, y estar lejos de todo?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

57. ¿Con qué frecuencia puede contar con personas que se preocupen de lo que sucede?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

58. ¿Con qué frecuencia siente que recibe comprensión y amor de su familia y amigos?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

59. ¿Con qué frecuencia tiene la posibilidad de hablar con alguien más sobre sus preocupaciones?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

60. ¿Con qué frecuencia recibe y acepta invitaciones, de familia o amigos, para salir a divertirse?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

61. ¿Le ha contado a su familia que usted es una persona que vive con VIH?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

62. ¿Fue abandonado/a por su familia luego de que les contase sobre su infección por VIH??

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

63. ¿Con qué frecuencia recibe apoyo y comprensión de parte de su familia?

Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca

USO ACTIVO DE DROGAS

64. ¿Cuál de las siguientes drogas a utilizado en los últimos 6 meses?

	Sí	No	NR
Ha fumado cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fumado marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fumado o inhalado piedra o crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalado cocaína o fumado heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha inyectado cocaína o heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha inhalado thinner o pega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha consumido éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fumado heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Se ha inyectado sustancias diferentes a las drogas mencionadas?

Sí No NR

65. ¿Ha tomado alcohol en los últimos 6 meses?

Sí No NR

66. ¿Alguna vez ha tenido un deseo tan fuerte de ingerir licor que no se ha podido enfocar en otra cosa?

Sí No NR

67. ¿Alguna vez le ha ocurrido que termina bebiendo más licor de lo que tenía planeado?

Sí No NR

68. ¿Ha notado si su ingesta de alcohol es mayor al 50% de cuando era joven?

Sí No NR

69. ¿Ha intentado quitarse la resaca alguna vez con un trago?

Sí No NR

70. ¿Alguna vez ha suspendido actividades o compromisos importantes, con su familia o amigos o laborales, por están bebiendo alcohol?

Sí No NR

71. ¿Ha continuado bebiendo alcohol, a pesar de que esta ingesta le ha ocasionado problemas con su familia o amigos en alguna ocasión?

Sí No NR

72. ¿En los últimos seis meses, ha tomado más de 5 tragos/cervezas en una misma ocasión?

Sí No NR

73. ¿Ha consumido drogas alguna vez en la vida?

Sí No NR

74. ¿Ha consumido cualquier droga en los últimos seis meses?

Sí No NR

76. ¿En su comunidad, saben que usted es adicto a alguna de las siguientes

sustancias:	Sí	No	NR
Al consumo de alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo de marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Villa IC, Vinacia S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. *Psicología y Salud*. 2006; 16(1): p. 51-62. Disponible en la World Wide Web en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/792/1436>. (Último acceso el 21 de enero de 2017).
- [2] Edo MT, Ballester R. Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2006; 11(2): p. 79-90. Disponible en la World Wide Web en: [http://www.aepcp.net/arc/02.2006\(2\).Edo%20y%20Ballester.pdf](http://www.aepcp.net/arc/02.2006(2).Edo%20y%20Ballester.pdf) (Último acceso el 21 de enero de 2017)
- [3] Flores G. CONASIDA reporta nuevos casos de VIH. *Comisión Nacional contra el SIDA en El Salvador*. 2015. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.conasida.org.sv/index.php/noticias/194-27-07-2015-conasida-presenta-informe-nacional-sobre-la-situacion-nacional-del-vih>. (Último acceso el 21 de enero de 2017)
- [4] Afani A, Gallardo AM. Resistencia a la terapia antiretroviral en la infección por virus de inmunodeficiencia humana. *Revista chilena de infectología*. 2011; 28(5): p. 461-469. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v28n5/art11.pdf>. (Último acceso el 21 de enero de 2017)
- [5] Longo D, Fauci A. Infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana y otros retrovirus del ser humano. En: Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D. (Eds) *Principios de Medicina Interna*. Vol I. 17ª edición. México DF, México: Mc Graw Hill; 2009: p. 1131-1137.
- [6] Muñoz N. Novedades en adherencia al tratamiento antirretroviral. En: Escobar I, Ortega L (Eds). *Jornadas de Atención Farmacéutica al Paciente VIH*. Cádiz, España: Gráficas Enar; 2005: p. 18-35. Disponible en la World Wide Web en: http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/5_AF_VIH_2005/Libro_completo_5_seminario_2005.pdf. (Último acceso el 21 de enero de 2017)
- [7] Ballester R. Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las peronas con VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2005; 10(1): p. 53-69. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD10062.pdf>. (Último acceso el 21 de enero de 2017)
- [8] Chandra PS, Desai G, Ranjan S. HIV & psychiatric disorders. *Indian Journal of Medicine for Residents*. 2005 April; 121(4): p. 451-467. Disponible en la World Wide Web en: <http://icmr.nic.in/ijmr/2005/April/0419.pdf>. (Último acceso el 22 de enero de 2017)

- [9] Vinaccia S, Quiceno JM, Gaviria AM, Soto AM, Gil Llarío MD, Ballester R. Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*. 2007; 25(1): p. 39-50. Disponible en la World Wide Web en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000100003. (Último acceso 22 de enero de 2017)
- [10] Rodríguez E, García N. Enfermedad y significación: Estigma y Monstruosidad del VIH/SIDA. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2006; 22(50): p. 10-28. Disponible en la World Wide Web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31005001>. (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [11] Alonso M, Gómez JL, Fernández F, Esaardas H, Rodríguez F. Eficacia del tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Estudio de 807 pacientes. *Medicina Clínica*. 2000; 115(13): p. 481-486. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-eficacia-del-tratamiento-antirretroviral-pacientes-12034>. (Último acceso el 22 de enero de 2017)
- [12] Reus S, Portilla J, Gimeno A, Sánchez J, Martínez O. Predictores de progresión y muerte en pacientes con infección avanzada por el VIH en la era de los tratamiento antirretrovirales de gran actividad. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2004 Marzo; 22(3): p. 142-149. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-predictores-progresion-muerte-pacientes-con-13058022>. (Último acceso el 22 de enero de 2017)
- [13] MINSAL (Ministerio de Salud de El Salvador). *Guía metodológica para equipos multidisciplinarios de las clínicas de atención integral para la implementación de la estrategia nacional de adherencia El Salvador*. El Salvador. 2015.
- [14] Sogorb J. Nuevas estrategias terapéuticas frente al VIH. En: Escobar I, Ortega L (Eds). *Jornadas de Atención Farmacéutica al Paciente VIH*. Alicante, España: Gráfica Enar; 2005. p. 71-89. Disponible en la World Wide Web en: http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/5_AF_VIH_2005/5_nuevas_estrategias_terapeuticas.pdf. (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [15] Bernal F, Vásquez P, Giadalah C, Rodríguez L, Villagrán A. Incidencia de reacciones adversas a medicamentos en pacientes que inician o cambian terapia anti-retroviral. *Revista Chilena de Infectología*. 2013 Octubre; 30(5): p. 507-512. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v30n5/art07.pdf>. (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [16] PNUD/PNS. Estudio de medición de la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) de personas con VIH de la red de hospitales del Ministerio de Salud de el Salvador, durante los meses de marzo-abril 2013. *Informe final*. San Salvador: Ministerio de Salud; 2013. Disponible en la World Wide Web en: <http://conasida.org.sv/index.php/programa-nacional-vih/centro-de-documentacion/category/13-estudios>. (Último acceso el 22 de enero de 2017).

- [17]Silva GE, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*. 2005 Octubre-Diciembre; 30(4): p. 268-273. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/v30n4a4.pdf>. (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [18]WHO. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Geneva: WHO; 2003. Disponible en la World Wide Web en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf. (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [19]Piñeiro F, Gil V, Donis M. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipidemias. Atención Primaria. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 1997; 19(2): p. 465-468. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [20]Cáceres FdM. Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *MedUNAB*. 2004; 7(21): p. 172-180. Disponible en la World Wide Web en: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=215&path%5B%5D=198> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [21]Piñeiro F, Gil V, Donis M. Relación entre el cumplimiento del tratamiento farmacológico y el grado del control en pacientes con hipertensión arterial, diabetes no insulino dependiente y dislipidemia. *Medicina Clínica Barc*. 1998; 111(2): p. 565-567.
- [22]Puras A. ¿El tratamiento no funciona o el paciente no cumple la prescripción? *Medicina Clínica Barc*. 1997; 109(2): p. 709-711.
- [23]Paterson D, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis E. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*. 2000 July; 133(1): p. 21-30. Disponible en la World Wide Web en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10877736> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [24]Batalla C, Blanquer A, Ciurana R, García M, Cases E. El cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Atención Primaria*. 1984; 1(4): p. 185-191.
- [25]Friedland G, Williams A. Attaining higher goal in HIV treatment; the central importance of adherence. *AIDS*. 1999 September; 13(1): p. 61-72. Disponible en la World Wide Web en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10546786> (Último acceso el 22 de enero de 2017)
- [26]Palella F, Delaney K, Moorman A, Loveless M, Fuhrer J. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *The New England Journal of Medicine*. 1998; 338(1): p. 853-860. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199803263381301#t=article> (Último acceso el 22 de enero de 2017)

- [27]Samet J, Libman H, Steger K, Dhawan R, Chen J. Compliance with zidovudine therapy in patients infected with human immunodeficiency virus type 1. A cross sectional study in a municipal hospital clinic. *The American Journal of Medicine*. 1992; 92(5): p. 495-502. Disponible en la World Wide Web en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1580296> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [28]Descamps D, Flandre P, Calvez V, Peytavin G, Meiffredy V. Mechanisms of Virologic Failure in Previously Untreated HIV-Infected Patients From a Trial of Induction-Maintenance Therapy. *JAMA*. 2000; 283(2): p. 205-211. Disponible en la World Wide Web en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/192282> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [29]Miller L, Hays R. Measuring adherence to antiretroviral medications in clinical trial. *HIV Clinical Trials*. 2000 July-August; 1(1): p. 36-46. Disponible en la World Wide Web en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11590488> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [30]Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Medical Care*. 1986; 24(1): p. 67-74. Disponible en la World Wide Web en: http://bcsrc.jhmi.edu/courses/c34066001/Morisky_VValidity%20of%20self-reported%20measure%20article_1986.pdf (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [31]Hofman R. Neuropsychiatric complications of AIDS. *Psychosomatics*. 1984 May; 25(5): p. 393-395, 399-400. Disponible en la World Wide Web en: [http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182\(84\)73037-4/abstract?cc=y](http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182(84)73037-4/abstract?cc=y) (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [32]Bing EG, Burnam MA, Longshore D. Psychiatric disorders and drug abuse among human immunodeficiency virus infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*. 2001 August; 58(8): p. 721-728. Disponible en la World Wide Web en: <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/205826> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [33]Koutsilieris E, Scheller C, Sopper S, Meulen V, Riederer P. Psychiatric complications in human immunodeficiency virus infection. *Journal of Neurovirology*. 2002; 8(2): p. 129-133. Disponible en la World Wide Web en: <https://pdfs.semanticscholar.org/1d2f/4a8334f11d83bada6c44a496ac9c22f21762.pdf> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [34]Holguín J, Gutierrez C. Trastornos psiquiátricos e infección por el virus de inmunodeficiencia humana. En: Velez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J (Eds). *Fundamentos de Psiquiatría*. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2010. p. 303-309.
- [35]Gallego L, Gordillo V, Catalan J. Psychiatric and Psychological disorders associated to HIV infection. *AIDS Rev*. 2000; 2(8): p. 48-59. Disponible en la World Wide Web en: www.ibrarian.net/navon/paper/AIDS_Rev_2000_2.pdf?paperid... (Último acceso el 22 de enero de 2017).

- [36] Ammassari A, Antinori A, Aloisi M, Trotta M, Murri R. Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV infected persons. *Psychosomatics*. 2004 September-October; 45(5): p. 394-402. Disponible en la World Wide Web en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15345784> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [37] Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. En: OMS. *Clasificación Internacional de Enfermedades 10*. Madrid, España: OMS/ Meditor; 1992.
- [38] Gallego L, Barreiro P, López-Ibor JJ. Diagnosis and clinical features of major neuropsychiatric disorders in HIV infection. *AIDS reviews*. 2011 July-September; 13(3): p. 171-179. Disponible en la World Wide Web en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21799535> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [39] Keiser O, Spoerri A, Brinkhof M, Hasse B, Gayet G. Suicide in HIV infected individuals and the general population in Switzerland 1988-2008. *The American Journal of Psychiatry*. 2010; 167(1): p. 143-150. Disponible en la World Wide Web en: http://www.infekt.ch/content/uploads/2013/11/Keiser_2009_Suicide_in_HIV.pdf (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [40] Kindelán J, Valero J, Martín C, Saiz P, Pulido F. Tratamiento de la infección por VIH en pacientes con problemática psicosocial. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2002; 20(2): p. 19-28. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-tratamiento-infeccion-por-vih-pacientes-13037344> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [41] Gordillo Alvarez-Valdéz MV, de la Cruz Troca JJ. Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipótesis desde la Psicología. *Psicothema*. 2003; 15(2): p. 227-33. Disponible en la World Wide Web en: <http://www.psicothema.com/pdf/1050.pdf> (Último acceso el 22 de enero de 2017).
- [42] Villa C, Vinacia S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *AIDS Rev*. 2006; 16(1). Disponible en la World Wide Web en: file:///C:/Users/Cristina%20Campos/Downloads/AIDS_Rev_2000_2.pdf (Último acceso el 22 de enero de 2017).