

# Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA

## Predictive Psychosocial Variables of Non-Adherence to Antiretrovirals in People with HIV-AIDS

Juan Carlos Plascencia de la Torre<sup>1</sup> , Elsy Claudia Chan Gamboa<sup>2</sup> , José Manuel Salcedo Alfar<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara

<sup>2</sup> Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara

<sup>3</sup> Mesón de la Misericordia Divina A.C.

México

**Fecha correspondencia:**  
Recibido: julio 16 de 2018.  
Aceptado: junio 25 de 2019.

**Forma de citar:**  
Plascencia de la Torre, J. C., Chan Gamboa, E.C., & Salcedo Alfar, J.M. (2019). Variables Psicosociales Predictoras de la No Adherencia a los Antirretrovirales en Personas con VIH-SIDA. *Rev. CES Psica*, 12(3), 67-79.

[Open access](#)  
[© Copyright](#)  
[Licencia creative commons](#)  
[Ética de publicaciones](#)  
[Revisión por pares](#)  
[Gestión por Open Journal System](#)  
DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesp.12.3.5>  
ISSN: 2011-3080

### Resumen

**Objetivo:** El presente estudio tuvo como objetivo evaluar los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral, así como determinar los factores psicológicos predictores de la no adherencia a dicho tratamiento en pacientes con VIH-SIDA. **Método:** Diseño descriptivo, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 25 personas diagnosticadas con VIH-SIDA que asistieron a los servicios integrales de una asociación civil en la ciudad de Guadalajara, México, y que se encontraban bajo tratamiento antirretroviral. Se utilizó el Cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH-SIDA [CAT-VIH] y el Cuestionario de Factores Relacionados con la Adherencia al Tratamiento para el VIH/SIDA (CFR-AT VIH). Se realizaron análisis descriptivos y no paramétricos para la comparación de las variables de estudio, así como sus respectivas correlaciones. **Resultados:** Solo 60% de los evaluados presentan una adecuada adherencia al tratamiento con antirretrovirales; además se encontraron diferencias significativas entre adherentes y no adherentes en las variables de autoeficacia ( $Z=-3.196$ ;  $p=.001$ ); estrés ( $Z=-2.033$ ;  $p=.042$ ); y depresión ( $Z=-2.409$ ;  $p=.016$ ). Se obtuvieron correlaciones positivas de la adherencia con autoeficacia ( $r=.750$ ;  $p=.000$ ) y apoyo social ( $r=.462$ ;  $p=.020$ ) y correlaciones negativas con estrés ( $r=-.543$ ;  $p=.005$ ) y depresión ( $r=-.544$ ;  $p=.005$ ). **Conclusiones:** A mayores estados de estrés y depresión, menor serán los niveles de adherencia al tratamiento con antirretrovirales; por lo cual estas variables deben ser tomadas en cuenta para el diseño de estrategias de mejora de la adherencia en personas con VIH-SIDA.

**Palabras Clave:** Variables Psicosociales, Adherencia, Tratamiento Antirretroviral, Fármacos Antirretrovirales, VIH-SIDA.

Comparte



**Sobre los autores:**

1. Maestro en Psicología de la Salud, Departamento de Ciencias de la Salud, Centro Universitario de los Altos. Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología.

2. Profesor Investigador, Departamento de Psicología Básica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

3. Director General Mesón de la Misericordia Divina A.C.

**Abstract**

**Objective:** Objective: The main aim of this study was to evaluate the levels of adherence to antiretrovirals treatment as well as to determine the psychological factors that predict the non-adherence to antiretrovirals in HIV patients who attend a civil association in Guadalajara, México. Method: It was a descriptive, transversal and correlational design. The sample consisted of 25 patients diagnosed with HIV who attended integral services of a Civil Association. The Adherence to Treatment for HIV/AIDS Questionnaire [CAT-HIV] and the Questionnaire of Factors Related to Adherence to Treatment for HIV/AIDS (CFR-AT HIV) were used. Descriptive and nonparametric analyzes were carried out to compare the study variables, as well as their respective correlations, all through the statistical program SPSS v.20. Results: Only 60% of those evaluated showed adequate adherence to antiretrovirals; in addition, significance differences between adherents and non-adherents in the self-efficacy variable ( $Z = -3.196$ ,  $p = .001$ ); stress ( $Z = -2.033$ ,  $p = .042$ ); and depression ( $Z = -2.409$ ,  $p = .016$ ). Positive correlations of adherence were obtained with self-efficacy ( $r = .750$ ,  $p = .000$ ) and social support ( $r = .462$ ,  $p = .020$ ) and negative correlations with stress ( $r = -.543$ ;  $p = .005$ ) and depression ( $r = -.544$ ;  $p = .005$ ). Conclusions: The higher levels of stress and depression, the lower the levels of adherence to antiretroviral treatment; therefore, these variables must be considered in the design of strategies to improve adherence in people with HIV.

**Keywords:** Psychosocial Variables, Adherence, Antiretroviral Treatment, Antiretroviral Drugs, HIV/AIDS.

**Introducción**

Desde su surgimiento en la década de los 80, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. El VIH-SIDA es considerado una enfermedad que genera gran impacto económico al sistema de salud y causa efectos negativos sobre la salud y calidad de vida de las personas ([Ichikawa & Natpatran, 2006](#); [Levy, 2009](#); [Varela, Gómez, Mueses, Galindo, & Tello, 2013](#); [Velasco & Lazcano, 2009](#)). Recientemente, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA ([ONUSIDA, 2018](#)) reportó que, para finales del año 2017, 36.9 millones de personas a nivel mundial vivían con VIH, de las cuales 35.1 millones eran adultos y 1.8 millones menores de 15 años; tan solo en el 2017 se produjeron 1.9 millones de nuevas infecciones logrando una reducción del 47% comparado con el máximo alcanzado en 1996. Así mismo, para finales de 2017, 21.7 millones (59% del total) de personas que vivían con VIH tenían acceso al tratamiento antirretroviral, con un incremento de 2.3 millones desde el año 2016 y 8 millones del 2010.

Por su parte, el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA ([CENSIDA, 2018](#)) reportó que desde el año 1983 al 2018 se han registrado 202,295 casos de infección por VIH-SIDA en México; tan solo en el año 2018 se notificaron 4,977 nuevos casos diagnosticados con SIDA y 8,160 nuevos diagnósticos de VIH para un total de 13,137 casos en dicho país. Y, específicamente en el estado de Jalisco (México) se reportaron 13,392 casos de VIH/SIDA a noviembre de 2018, 64% de los casos de VIH-SIDA se concentra en la población de 25 a 44 años de edad y el 92% de los casos de infección fueron por vía sexual ([CENSIDA, 2018](#)).

En México, desde el 2006 se otorga tratamiento antirretroviral de manera gratuita a todas las personas con VIH-SIDA; lo que les ha permitido tener mayor control del virus, pues dicho tratamiento ayuda a reducir la carga viral, aumentar los linfocitos

CD4 y llevar una vida sana y productiva ([Guerra & Parras, 2000](#); [Holtzman, Brady, & Yehia, 2015](#); [Montaner et al., 2010](#)). Sin embargo, en las instituciones de salud pública se presentan problemas por la falta de adherencia a estos tratamientos. Niveles bajos e insuficientes de adherencia a los antirretrovirales conlleva un incremento en la carga viral, mayores ingresos hospitalarios y evolución de la enfermedad a una fase de SIDA, resistencia a los fármacos y disminución de la calidad de vida de las personas ([Ladero, Orejudo, & Carroble, 2005](#); [Knobel et al., 2005](#)).

[Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela \(2006\)](#) entienden el concepto de adherencia al tratamiento como la participación voluntaria y activa del paciente hacia el tratamiento prescrito por el médico con el fin de obtener mejores condiciones de salud y mejor calidad de vida. Por otro lado, la [Organización Mundial de la Salud -OMS- \(2003\)](#) plantea que la adherencia al tratamiento es el grado correspondiente del comportamiento de un paciente vinculado con las recomendaciones acordadas por el profesional de salud, es decir, el cumplimiento en la toma de medicamentos, seguimiento de un régimen alimenticio y ejecución de cambios en los estilos de vida.

El bajo nivel de adherencia al tratamiento con antirretrovirales se considera un problema de salud pública a nivel mundial. Estudios recientes han reportado que poco más de la mitad de los pacientes con VIH-SIDA reportan buen nivel de adherencia a sus tratamientos con antirretrovirales ([Alvis et al., 2009](#); [Meneses-La Riva & Mayorca-Carmelo, 2014](#); [Vilató, Martín, & Pérez, 2015](#)). La prevalencia de la adherencia a los antirretrovirales es alrededor del 50% en países de altos ingresos y es menor en países en vías de desarrollo, lo que no permite llegar a la efectividad clínica óptima ([Ruiz-Pérez et al., 2006](#)). Al respecto, [Piña, Corrales, Mungaray y Valencia \(2006\)](#) y [Codina et al. \(2002\)](#) señalan que, para conseguir los objetivos terapéuticos, los niveles de adherencia al tratamiento con antirretrovirales deben ser superiores al 90% si se tiene como meta suprimir la carga viral por debajo de las 400 copias por ml. de sangre.

Existen diversos factores que interfieren en la adherencia al tratamiento con antirretrovirales, que se clasifican en cuatro grandes grupos: a) relacionados con la persona (sexo, edad, escolaridad, contexto sociofamiliar, etc.), b) relacionados con la enfermedad misma, c) causados por el tratamiento antirretroviral (número de pastillas empleadas, efectos adversos de los fármacos, etc.) y d) relacionados con el equipo asistencial, como médicos y enfermeros ([Guerra & Parras, 2000](#)).

Desde el surgimiento del tratamiento antirretroviral se ha buscado tanto evaluar sus efectos sobre la salud de los pacientes, como determinar la adherencia al mismo y los factores que la explican. En ese sentido, [Martín et al. \(2002\)](#) plantean que el nivel de autoeficacia<sup>1</sup> de los pacientes con VIH-SIDA es uno de los factores que influye en el cumplimiento de la toma de los medicamentos; mientras que el consumo de sustancias psicoactivas es un factor asociado a la no adherencia, así como los efectos secundarios de los tratamientos y los problemas emocionales de los pacientes. Por su parte, [Alvis et al. \(2009\)](#) en un estudio realizado con 465 personas con VIH de nacionalidad peruana, encontraron que los factores con mayor asociación a la no adherencia son la orientación sexual, la mala calidad de vida, la falta de apoyo social y la morbilidad psíquica. En un estudio realizado por [Varela et al. \(2013\)](#) con 127 personas seropositivas de origen colombiano se encontró que variables como ser menor edad, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, un mayor número de pastillas a tomar, un apoyo social inadecuado y barreras percibidas tales como la dificultad para comprender las instrucciones médicas, no contar con alguien quien

1. El concepto de autoeficacia es definido como la capacidad percibida por la persona para realizar conductas de afrontamiento a diversas situaciones complejas (Bandura, 1994 citado en [Amigo, Fernández, & Pérez, 2008](#)).

[Piña, Corrales, Mungaray y Valencia \(2006\)](#) y [Codina et al. \(2002\)](#) señalan que, para conseguir los objetivos terapéuticos, los niveles de adherencia al tratamiento con antirretrovirales deben ser superiores al 90% si se tiene como meta suprimir la carga viral por debajo de las 400 copias por ml. de sangre.

les recuerde la toma de medicamentos, temor a que otros conozcan el diagnóstico, dificultades económicas, entre otros, son factores relacionados con la no adherencia a los antirretrovirales. [Villa y Vinaccia \(2006\)](#) determinaron que estados emocionales como la ansiedad y la depresión tienen influencia directa sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento con antirretrovirales, es decir, aquellos pacientes con VIH-SIDA con altos índices de ansiedad y depresión son aquellos que menos se adhieren a su tratamiento. Algo similar plantea [Matute-Salazar \(2016\)](#), al identificar como variables predictoras de la no adherencia el elevado número de pastillas a tomar, la sintomatología depresiva, el consumo de alcohol y las reacciones adversas a los antirretrovirales.

No obstante, cabe puntualizar que pese a la evidencia científica sobre la relación entre algunos factores y la adherencia al tratamiento con antirretrovirales en pacientes con VIH-SIDA, no todos los estudios han llegado a resultados similares. Es por ello que resulta importante profundizar en la investigación de los factores asociados a la adherencia a este tratamiento, en especial en contextos poco estudiados como México; y que a partir de sus resultados se puedan diseñar e implementar estrategias de intervención que propicien una mayor adherencia.

#### [Villa y Vinaccia \(2006\)](#)

determinaron que estados emocionales como la ansiedad y la depresión tienen influencia directa sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento con antirretrovirales, es decir, aquellos pacientes con VIH-SIDA con altos índices de ansiedad y depresión son aquellos que menos se adhieren a su tratamiento.

Teniendo en cuenta lo expuesto, se estableció como objetivo principal del presente estudio evaluar los niveles de adherencia al tratamiento con antirretrovirales, así como determinar los factores psicológicos predictores de la no adherencia al mismo en pacientes con VIH-SIDA que asisten a una asociación civil en la ciudad de Guadalajara, México.

## Método

### Diseño

Se realizó un estudio no experimental de carácter transversal con un alcance descriptivo y correlacional ([Hernández, Fernández, & Baptista, 2010](#)).

### Participantes

La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia, y estuvo conformada por 25 usuarios diagnosticados con VIH-SIDA, mayores de 18 años de edad, bajo tratamiento antirretroviral y que fueron asistidos en la institución Mesón de la Misericordia Divina A.C. en la ciudad de Guadalajara, México. El Mesón A.C. es una asociación civil sin fines de lucro que ofrece una respuesta integral al VIH y al SIDA bajo el trabajo multidisciplinar de profesionales de la salud.

### Instrumentos

*Sub escala de Comportamientos de adherencia al tratamiento* (ítems 1-5) del Cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH-SIDA [CAT-VIH] (Varela et al., 2009). Mide los comportamientos de adherencia al tratamiento farmacológico y presenta una confiabilidad de  $\alpha=0.738$ . Para la calificación, se tuvieron en cuenta dos niveles de puntuación: no adherente (puntuaciones entre 5 y 18) y adherente (puntuaciones entre 19 y 20).

*Cuestionario de Factores Relacionados con la Adherencia al Tratamiento para el VIH-SIDA* (CFR-AT VIH). Construido por [Varela et al. \(2013\)](#). Para el presente estudio sólo se utilizaron las dimensiones de Autoeficacia ( $\alpha=0.79$ ), Estrés ( $\alpha=0.80$ ), Ansiedad ( $\alpha=0.89$ ), Depresión ( $\alpha=0.81$ ) y Apoyo Social ( $\alpha=0.63$ ); esto teniendo como referente los factores psicosociales que más influyen en el proceso de la adherencia al tratamiento con antirretrovirales.

Las variables sociodemográficas como sexo, edad, orientación sexual, estado civil, escolaridad y ocupación se obtuvieron a través de un cuestionario diseñado por los autores del presente estudio.

### Procedimiento

El estudio cumplió con los aspectos éticos consignados en las normas de la declaración de la Ley General de Salud de México en materia de investigación para la salud (artículos 96 y 101), a partir de las cuales el presente estudio se considera de riesgo mínimo. Las pruebas aplicadas no tuvieron ningún efecto directo sobre el curso y desarrollo del padecimiento de los participantes.

En primera instancia se obtuvo la aprobación de los directivos de la institución involucrada. Al inicio de la evaluación se informó detalladamente a los participantes sobre el procedimiento de evaluación, los objetivos del estudio, el tipo de resultados que se pretendía obtener y el carácter voluntario de su participación; posteriormente, a quienes decidieron participar, se les solicitó firmar una carta de consentimiento informado y se procedió a completar los instrumentos de manera privada, anónima y auto administrada.

### Análisis Estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de las cuales se obtuvieron frecuencias y porcentajes; por otro lado, las variables clínicas se evaluaron con medias y desviaciones estándar. Posteriormente, se obtuvieron las frecuencias, porcentajes y puntaje medio de la adherencia al tratamiento. Seguido, se utilizaron pruebas no paramétricas para realizar comparaciones entre la adherencia y las variables psicosociales, así como determinar correlaciones entre dichas variables. Los datos fueron analizados con el software SPSS v20.

### Resultados

El total de usuarios evaluados fue de 25 personas; la muestra estuvo conformada principalmente por hombres (72%), con una edad promedio de 29.64 (DE=5.67). El 52% reportó ser heterosexual, 40% homosexual y 8% bisexual. El 80% de los participantes se encontraban solteros. El grado de escolaridad menos frecuente fue primaria (2%) y el de mayor frecuencia fue preparatoria (40%). La mayoría tenían un empleo fijo (48%). Estas y el resto de las variables sociodemográficas recogidas se aprecian en la [Tabla 1](#).

En cuanto a las variables clínicas, los participantes se encontraban en un tiempo medio de recibir el diagnóstico de su enfermedad en meses de 32.08 (DE=36.075), y un tiempo medio con tratamiento antirretroviral en meses de 30.48 (DE=36.797).

Al identificar los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral, se advirtió que 60% de los participantes clasificaron como adherentes al momento de la evaluación, mientras que el otro 40% se clasificó como no adherente, es decir, que el último grupo de participantes no logran seguir adecuadamente la toma de sus antirretrovirales, por lo cual presentan susceptibilidad a la agresión por otros microorganismos infecciosos. El puntaje medio de la adherencia al tratamiento con antirretrovirales fue de 18.28 (DE=2.31), lo que equivale a pacientes no adherentes según la clasificación del instrumento utilizado ([Tabla 2](#)). Según las características sociodemográficas se identificó que las mujeres, las personas con orientación homosexual, los participantes solteros y los que tienen escolaridad de grado superior son los que presentan mayor puntaje de adherencia a los tratamientos.

Según las características sociodemográficas se identificó que las mujeres, las personas con orientación homosexual, los participantes solteros y los que tienen escolaridad de grado superior son los que presentan mayor puntaje de adherencia a los tratamientos.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los participantes (n=25)

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<i>Sexo</i>		
Masculino	18	72
Femenino	7	28
<i>Orientación Sexual</i>		
Heterosexual	13	52
Homosexual	10	40
Bisexual	2	8
<i>Estado Civil</i>		
Soltero	20	80
Casado/Unión Libre	5	20
<i>Escolaridad</i>		
Primaria	2	8
Secundaria	4	16
Preparatoria	10	40
Universidad	9	36
<i>Ocupación</i>		
Trabajando	12	48
Desempleado	7	28
Trabajando y Estudiando	6	24

Fuente: Elaboración Propia

**Tabla 2.** Resultados Generales de la Adherencia (n=25)

	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>Puntuación Mínima</b>	<b>Puntuación Máxima</b>	$\bar{x}$	<b>DE</b>
Adherente	15	60				
No Adherente	10	40				
<b>Adherencia Total</b>			12.00	20.00	18.28	2.31

Fuente: Elaboración Propia

Enseguida, debido el tamaño de la muestra (<30) se emplearon pruebas no paramétricas para comparar los puntajes de las variables psicológicas entre las personas adherentes y no adherentes al tratamiento. Los resultados de la prueba U de Mann Whitney mostraron diferencias significativas en los puntajes de autoeficacia por nivel de adherencia ( $Z=-3.196$ ;  $p=.001$ ), resaltando que los usuarios con mayores puntajes fueron los que más se adhieren a su tratamiento (Tabla 3). De igual manera, se presentaron diferencias significativas en la variable de estrés ( $Z=-2.033$ ;  $p=.042$ ), indicando que los pacientes no adherentes a su tratamiento presentan mayores puntajes de estrés que aquellos que si se adhieren al mismo (Tabla 4).

**Tabla 3.** Comparación de la Autoeficacia por Nivel de Adherencia

	<b>Rango Promedio</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Adherente	16.80	-3.196	.001*
No Adherente	7.30		

Fuente: Elaboración Propia \*El nivel de significancia es  $\leq .05$

**Tabla 4.** Comparación del Estrés por Nivel de Adherencia

	<b>Rango Promedio</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Adherente	10.57	-2.033	.042*
No Adherente	16.65		

Fuente: Elaboración Propia  
\*El nivel de significancia es  $\leq .05$

En cuanto a las variables de ansiedad (Tabla 5) y depresión (Tabla 6) y su nivel de adherencia al tratamiento, no se encontraron diferencias significativas respecto a la ansiedad ( $Z=-1.366$ ;  $p=.172$ ), pero si respecto a la depresión ( $Z=-2.409$ ;  $p=.016$ ), ya que son los pacientes clasificados como no adherentes quienes presentan mayores puntajes de depresión en comparación con los adherentes.

**Tabla 5.** Comparación de la Ansiedad por Nivel de Adherencia

	<b>Rango Promedio</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Adherente	11.37	-1.366	.172
No Adherente	15.45		

Fuente: Elaboración Propia  
\*El nivel de significancia es  $\leq .05$

**Tabla 6.** Comparación de la Depresión por Nivel de Adherencia

	<b>Rango Promedio</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Adherente	10.13	-2.409	.016*
No Adherente	17.30		

Fuente: Elaboración Propia  
\*El nivel de significancia es  $\leq .05$

De igual manera, se comparó el apoyo social entre ambos grupos, adherentes y no adherentes al tratamiento, y no se encontraron diferencias significativas ( $Z=-1.417$ ;  $p=.156$ ); sin embargo, se puede advertir que existe mayor apoyo social en aquellos pacientes que logran adherirse adecuadamente a su tratamiento (Tabla 7).

**Tabla 7.** Comparación del Apoyo Social por Nivel de Adherencia

	<b>Rango Promedio</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Adherente	14.67	-1.417	.156
No Adherente	10.50		

Fuente: Elaboración Propia  
\*El nivel de significancia es  $\leq .05$

Finalmente, con el objetivo de identificar correlaciones entre la adherencia al tratamiento y las variables psicosociales de los participantes del estudio, se ejecutaron análisis de correlación con el estadístico Rho de Spearman (Tabla 8), del cual se obtuvo una correlación positiva de la adherencia con autoeficacia ( $r=.750$ ;  $p=.000$ ) y apoyo social ( $r=.462$ ;  $p=.020$ ), lo que indica que a mayor autoeficacia y apoyo social mayor serán los niveles de adherencia al tratamiento. Por otro lado, se encontró correlación negativa con estrés ( $r=-.543$ ;  $p=.005$ ) y depresión ( $r=-.544$ ;  $p=.005$ ) lo

que refiere que a mayor estrés y depresión menor será la adherencia a los antirretrovirales de los pacientes con VIH-SIDA. En cuanto a la variable de ansiedad no se encontró ninguna correlación.

**Tabla 8.** Correlación Rho de Spearman de la Adherencia entre las variables psicosociales

	<i>Adherencia</i>	<i>Autoeficacia</i>	<i>Estrés</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Depresión</i>	<i>Apoyo Social</i>
Adherencia al Tratamiento	1.000	.750**	-.543**	-.384	-.544**	.462*
		.000	.005	.058	.005	.020

\*\*La correlación es significativa al nivel 0,01

\* La correlación es significativa al nivel 0, 05

Fuente: Elaboración Propia

## Discusión

Respecto a los factores que promueven la adherencia de los pacientes con VIH-SIDA a los tratamientos con antirretrovirales, en el presente estudio se ha encontrado que los que presentaron mayor adherencia son más autoeficaces; entendida la autoeficacia como la convicción que tiene toda persona de ser capaz de realizar con éxito una conducta requerida con el objetivo de producir resultados favorables (Bandura, 1994 citado en [Amigo, Fernández, & Pérez, 2008](#)).

A partir de los resultados encontrados se puede evidenciar que poco más de la mitad de los pacientes con VIH-SIDA del presente estudio se encuentran adheridos a sus tratamientos con antirretrovirales, mientras que el resto reporta no contar con una adherencia estricta a los mismos, lo que puede implicar que desarrollen mayores niveles de carga viral con la probabilidad de avanzar a las fases subsiguientes de VIH. Estos resultados se alejan un poco de los de un estudio realizado por [Morales, Oliveira y Costa, \(2014\)](#) quienes evaluaron a 136 hombres adultos con VIH originarios de Brasil, en el cual más del 60% presentaron una adherencia insuficiente al tratamiento antirretroviral. Y mucho más de lo reportado por [Lemos et al. \(2016\)](#), quienes, al evaluar la adherencia en una muestra de personas con VIH, concluyen que el 78% de los evaluados se encontraban en un nivel de adherencia inadecuada.

Cabe recalcar que dichos estudios no coinciden con los resultados del realizado por [Torres, Vázquez, Noguez, Jaimes y Martin \(2017\)](#), quienes en una evaluación realizada en 109 personas mexicanas con VIH encontraron que el 93% presentaba adecuados niveles de adherencia. Así como el estudio realizado por [Izaguirre \(2011\)](#) en 32 pacientes peruanos con VIH, que identificó que el 81% de los participantes se encontraban adheridos a sus antirretrovirales; en el que además se concluyó que no existen factores específicos y determinantes para la adherencia al tratamiento antirretroviral puesto que no se encontraron asociaciones significativas de este aspecto con variables sociodemográficas y psicológicas, por lo que podría pensarse que las causas de la adherencia al tratamiento con antirretrovirales son multifactoriales.

Respecto a los factores que promueven la adherencia de los pacientes con VIH-SIDA a los tratamientos con antirretrovirales, en el presente estudio se ha encontrado que los que presentaron mayor adherencia son más autoeficaces; entendida la autoeficacia como la convicción que tiene toda persona de ser capaz de realizar con éxito una conducta requerida con el objetivo de producir resultados favorables (Bandura, 1994 citado en [Amigo, Fernández, & Pérez, 2008](#)). En este mismo sentido, estudios previos ([Benavides, 2017](#); [Kronish & Ye, 2013](#); [Martos-Méndez, 2015](#)) han demostrado la relación de la baja autoeficacia con la baja adherencia a los tratamientos con antirretrovirales en pacientes con VIH-SIDA.

Por otro lado, en el presente estudio se encontró que los niveles de estrés y depresión son mayores en pacientes con VIH-SIDA que no alcanzan una adherencia óptima, lo que permite deducir que la presencia de estos cuadros clínicos son posibles factores

de riesgo que influyen para que los pacientes con VIH-SIDA no cumplan con la toma de sus fármacos. Algo similar reporta [Remor \(2002\)](#), quien destaca la prevalencia de un mayor nivel de ansiedad, depresión y estrés en personas con baja adherencia a los tratamientos con antirretrovirales. Por su parte, [Varela y Galdames \(2014\)](#) señalan que los pacientes con depresión moderada a severa tienen 3% veces más riesgo de tener problemas para adherirse a sus tratamientos en comparación con las personas con depresión leve. En particular, diversos estudios han reportado que la sintomatología depresiva, así como los estados de estrés y ansiedad en personas con VIH-SIDA se debe a factores como el hecho de no dar a conocer su estado serológico a familiares y amigos, y el estigma percibido; estados emocionales que influyen de manera directa para que los pacientes de una u otra manera oculten o decidan no tomarse sus medicamentos ([Brandt et al., 2017](#); [Demirel et al., 2018](#); [Ezeamama et al., 2016](#); [Kamen et al., 2015](#)).

En este mismo sentido, estudios realizados en torno a la depresión como factor predictor de la no adherencia a los tratamientos, han demostrado que los pacientes con enfermedades crónicas en general y con sintomatología depresiva tienen una probabilidad dos veces más grande de no presentar una adherencia óptima a sus tratamientos en comparación con quienes no presentan depresión ([González, Batchelder, Psaros, & Safren, 2011](#); [Nogueira, Crosland, & Remien, 2008](#)).

En cuanto al apoyo social, en el presente estudio no se encontraron diferencias significativas entre los participantes con adherencia y sin adherencia al tratamiento con antirretrovirales; sin embargo, se pudo observar que los pacientes con VIH-SIDA con adherencia perciben un mayor apoyo social que aquellos que no logran adherirse, lo que explica que la ayuda recibida por las familias, compañeros de trabajo y otras personas es de suma importancia para cumplir con las recomendaciones médicas. Estos resultados son similares a los reportados por [Vilató et al. \(2015\)](#), quienes ponen de manifiesto que el apoyo social suele ser insuficiente en personas con VIH, por lo que genera un riesgo para la adherencia al tratamiento y evidencian la importancia que tiene el apoyo social para el bienestar de quienes viven en esta condición.

A manera de conclusión, se logra identificar en los pacientes con VIH-SIDA bajos niveles de adherencia a los tratamientos con antirretrovirales; y que la adherencia correlaciona de manera negativa con las variables de estrés, depresión y apoyo social, mismas que se consideran factores predictores de la no adherencia a los tratamientos antirretrovirales. A partir de los hallazgos encontrados, se sugiere diseñar e implementar programas psicoeducativos cuyo fin sea informar sobre los beneficios de la adherencia al tratamiento en la salud de los pacientes, reforzar y fortalecer su autoeficacia hacia conductas saludables como la toma de medicamentos, sus habilidades para el manejo del estrés, la ansiedad y la depresión, y herramientas para la búsqueda de redes de apoyo social que permitan afianzar el cuidado y la responsabilidad de la salud propia. Estas estrategias se fortalecen aún más cuando se realizan de manera interdisciplinaria, haciendo partícipes a los profesionales de la salud que laboran en las instituciones.

Finalmente, conviene señalar que una de las limitaciones del presente estudio se centra en el tamaño pequeño de la muestra, lo cual impide generalizar los resultados a toda la población con VIH-SIDA. En ese sentido, resulta pertinente aumentar el tamaño de muestra y de igual manera ampliar las investigaciones a otros espacios, además de considerar otras variables que puedan estar relacionadas con la adhe-

A manera de conclusión, se logra identificar en los pacientes con VIH-SIDA bajos niveles de adherencia a los tratamientos con antirretrovirales; y que la adherencia correlaciona de manera negativa con las variables de estrés, depresión y apoyo social, mismas que se consideran factores predictores de la no adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

rencia al tratamiento, tales como la antigüedad del diagnóstico y el tratamiento, el nivel educativo, el nivel socioeconómico, las creencias respecto a la salud y las estrategias de afrontamiento de los pacientes.

### Agradecimientos

Al personal del Mesón de la Misericordia Divina A.C. por la apertura y valiosa colaboración en el desarrollo de esta investigación, por sus sugerencias y recomendaciones dadas. A cada uno de los participantes por su tiempo brindado para que este estudio fuera posible.

### Referencias

- Alvis, O., De Coll, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J., & Reyes, M. (2009). Factores Asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH SIDA. *An Fac Med.* 70(4), 266-272. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a07v70n4.pdf>
- Amigo I., Fernández, C., & Pérez, M. (2008). *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide Ed.
- Benavides, M. (2017). Adherencia al tratamiento y autoeficacia en hombres con VIH/SIDA de la ciudad de Cali. *Tesis de Grado No Publicada*. Universidad de Cali. Colombia. Recuperado de: [http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8602/Adherencia\\_tratamiento\\_autoeficiencia.pdf?sequence=1&is-Allowed=y](http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/8602/Adherencia_tratamiento_autoeficiencia.pdf?sequence=1&is-Allowed=y)
- Brandt, C., Zvolensky, M.J., Woods, S.P., Gonzalez, A., Safren, S.A., & O'Cleirigh, C.M. (2017). Anxiety symptoms and disorders among adults living with HIV and AIDS: a critical review and integrative synthesis of the empirical literature. *Clin Psychol Rev.*, 51, 64-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.005>.
- Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA -CENSIDA-. (2018). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualizado al 9 de noviembre de 2018. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415154/RN\\_D\\_a\\_mudial\\_sida2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/415154/RN_D_a_mudial_sida2018.pdf)
- Codina, C., Martínez, M., Tuset, M., Del Cacho, E., Martín, M.T., Miró, J.M., ...Ribas, J. (2002). Comparación de tres métodos de cálculo de adherencia en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin.*, 20(10), 484-90.
- Demirel O.F., Mayda, P.Y., Nazim, Y., Saglam, H., Kocak, B., Habip, Z., ... Kocazeybek, B. (2018). Self-stigma, depression, and anxiety levels of people living with HIV in Turkey. *Eur. J. Psychiat.* 32(4), 159-196.
- Ezeamama, A.E., Woolfork, M.N., Guwatudde, D., Bagenda, D., Manabe, Y.C., & Smith, M. (2016). Depressive and anxiety symptoms predict sustained quality of life deficits in HIV-positive Ugandan adults despite antiretroviral therapy: a prospective cohort study. *Medicine (Baltimore)*, 95(9), e2525. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000002525>
- González, J. S., Batchelder, A.W., Psaros, C., & Safren, S.A. (2011). Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence. A review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 58(2), 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0b013e31822d490a>
- Guerra, L., & Parras, F. (2000). La adherencia a los antirretrovirales: una tarea de todos. *Enf Emerg.* 2(1), 5-9. Recuperado de: <http://enfermedadesemergentes.com/articulos/a58/s-2-1-001.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cárceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Univ. Psychol.*, 5(3), 535-547. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a09.pdf>
- Holtzman, C.W., Brady, K.A., & Yehia, B.R. (2015). Retention in care and medication adherence: Current challenges to antiretroviral therapy success. *Drugs*, 75(5), 445-54.
- Ichikawa, M., & Natpratan, C. (2006). Perceived social environment and quality of life among people living with HIV/AIDS in northern Thailand. *AIDS Care.*, 18, 128-132. <https://doi.org/10.1080/09540120500159441>
- Izaguirre, R. (2011). Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), en pacientes con VIH/SIDA del centro médico naval Cirujano Mayor Santiago Tavera, periodo noviembre 2009 – abril 2010. (Tesis de Licenciatura en Químico Farmacéutica), Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/483/Alcantara\\_gd.pdf?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/483/Alcantara_gd.pdf?sequence=1)
- Kamen, C., Arganbright, J., Kienitz, E., Weller, M., Khaylis, A., Shenkman, T., Gore-Felton, C. (2015). HIV-related stigma: implications for symptoms of anxiety and depression among Malawian women. *Afr J AIDS Res.*, 14(1), 67-73. doi: <http://doi.org/10.2989/16085906.2015.1016987>
- Knobel, H., Escobar, I., Polo, R., Ortega, L., Martín-Conde, T., Casado, J.L., ...Chamorro, L. (2005). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin.*, 23(4), 183-250.
- Kronish, I.M., & Ye, S. (2013). Adherence to cardiovascular medications: Lessons learned and future directions. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 55(6), 590-600. doi: <http://doi.org/10.1016/j.pcad.2013.02.001>
- Ladero, L., Orejudo, S., & Carrobbles, J.S. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema.*, 17(4), 575-581. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3148.pdf>
- Lemos, L.A., Fiuza, M.L., Reis, R.K., Ferrer, A.C., Gir, E., & Galvão, M.T.G. (2016). Adherence to antiretrovirals in people coinfecting with the human immunodeficiency virus and tuberculosis. *Rev. LatinoAm. Enfermagem.*, 24, 1-7. doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0537.2691>
- Levy J. (2009). HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges. *AIDS.* 23(2), 147-160.
- Martín, V., Ortega, L., Pérez, M., Mostaza, J.L., Ortiz de Urbina, J.J., Rodríguez, M., ... Alcoba, M. (2002). Factores predictores de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin.*, 20(10), 491-497.
- Martos-Méndez, M.J. (2015). Self-Efficacy and Adherence to Treatment: The Mediating Effects of Social Support. *Journal of Behavior, Health and Social Issues.* 7(2), 19-29. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282242594002>
- Matute-Salazar, N.I. (2016). Factores Predictores de la Adherencia No Adecuada al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes que viven con VIH/SIDA. *Tesis de Grado No Publicada.* Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
- Meneses-La Riva, M., & Mayorca-Carmelo, C. (2014). Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima. *Rev Enferm Herediana.*, 7(2), 87-96. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2532/2444>

- Montaner, J.S., Lima, V.D., Barrios, R., Yip, B., Wood, E., Kerr, T., ... Kendall, P. (2010). Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. *Lancet*, 376(9740), 532-9. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60936-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60936-1)
- Moraes, D., Oliveira, R., & Costa, S. (2014). Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 18(4), 676-681. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0676.pdf>
- Nogueira, L., Crosland, M.D., & Remien, R.H. (2008). Anxiety and depression symptoms as risk factors for non-adherence to antiretroviral therapy in Brazil. *AIDS Behav.*, 14 (2), 289-99. doi: <http://doi.org/10.1007/s10461-008-9435-8>.
- ONUSIDA. (2018). Hoja Informativa: Día Mundial del SIDA de 2018. Estadísticas Mundiales sobre el VIH de 2017. Recuperado de: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud -OMS-. (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Recuperado de: [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_report/en/](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/)
- Piña, J.A., Corrales, A.E., Mungaray, K., & Valencia, M.A. (2006). Instrumento para medir variables psicológicas y comportamientos de adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH (VPAD-24). *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(4), 217-228. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2006.v19n4/217-228/es>
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14(2), 262-267. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/718.pdf>
- Ruiz-Pérez, I., Labry-Lima, A.O., Prada-Pardal, J.L., Rodríguez-Baño, J., Causse-Prados, M., López-Ruiz, M.A., ... Morales-Rojas, D. (2006). Impacto de los factores demográficos y psicosociales en la no adherencia a los fármacos antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin.*, 24(6), 373-8. doi: <https://doi.org/10.1157/13089691>
- Torres, C.S., Vazquez, S., Jaimes, A.C., & Martin, M.I. (2017). Indicadores de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de una población mexicana VIH+. *Alternativas en Psicología*, 20(35), 88-106. Recuperado de: <http://alternativas.me/attachments/article/126/Indicadores%20de%20adherencia%20al%20tratamiento%20antirretroviral%20de%20una%20poblaci%C3%B3n%20mexicana%20VIH.pdf>
- Varela, M.T, Gómez, O., Mueses, H., Galindo, J., & Tello, I. (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. *Salud Uninorte*, 29(1), 83-95. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a10.pdf>
- Varela, M.T., Salazar, I.C., Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J.A., & Salazar, A.E. (2009). La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/SIDA: validación de un cuestionario. *Rev Col Med*, 40(4), 386 - 397. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n1/v29n1a10.pdf>
- Varela, M., & Galdames, S. (2014). Depresión y adhesión a terapia antirretroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 31(3), 323-328. doi: <http://doi.org/10.4067/S0716-10182014000300011>.
- Velasco, A.M., & Lazcano, A. (2009). Origen y evolución del VIH. En Córdova-Villalobos JA., Ponce de León-Rosales S., & Valdespino JL J.A., (Eds.), *25 años de SIDA en México. Logros, Desaciertos y Retos* (123-134). México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Vilató, L., Martón, L., & Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH. *Rev Cubana Salud Pub.* 41(4), 620-630. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n4/spu05415.pdf>

Villa, I., & Vinaccia, S. (2006). Adhesión Terapeutica y Variables Psicologicas Asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-SIDA. *Rev Psicología y Salud*, 16(1), 51-62. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/26472757\\_Adhesion\\_terapeutica\\_y\\_variables\\_psicologicas\\_asociadas\\_en\\_pacientes\\_con\\_diagnostico\\_de\\_VIH-sida](https://www.researchgate.net/publication/26472757_Adhesion_terapeutica_y_variables_psicologicas_asociadas_en_pacientes_con_diagnostico_de_VIH-sida)