

# Adherencia

## AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN VIH/SIDA

APUNTES PARA EL TRABAJO DE LOS GESTORES Y GESTORAS COMUNITARIOS

Jorge Raúl Campos Díaz / Carlos Aragonés López / Yoile Ferrer Savignone  
Myrna Villalón Oramas / Manrique E. Montoya Miralles

Agradecemos la colaboración en la confección del presente manual a:

Dra. María Isela Lantero Abreu

Dra. Isis Cancio Enrique

Dr. José Juanes Fiol

Katia Covarrubias Hernández

Mildred Iglesias Linares

Ángel Gutiérrez Fernández

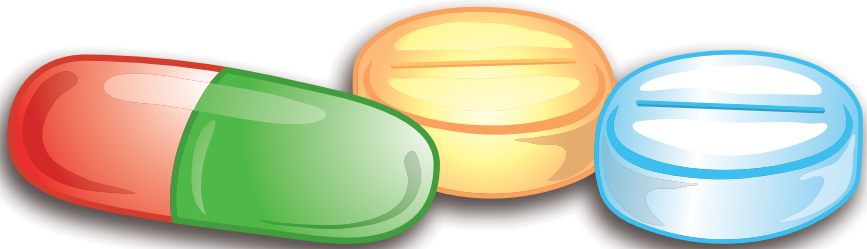
Diciembre de 2020

RED CUBANA



DE PERSONAS  
CON VIH

RedCub+



# Contenido

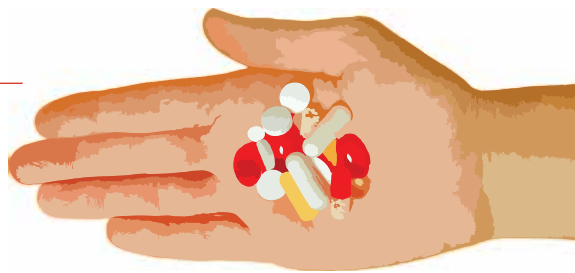
---

<b>Introducción</b>	<b>5</b>
<b>Adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en VIH/sida</b>	<b>8</b>
¿Qué es la adherencia?	8
La mejora de los tratamientos y la evolución en la actitud frente a la medicación y los problemas de adherencia	9
Los diferentes problemas de adherencia en la actualidad	10
Motivos y significados de la no adherencia	10
Momentos críticos en el proceso de adherencia	13
Algunos mensajes clave relacionados con la adherencia terapéutica	14
<b>Resultado aportado por un reciente estudio sobre adherencia terapéutica en Cuba</b>	<b>16</b>
<b>Participación de la RedCub+ en la estrategia de adherencia terapéutica</b>	<b>19</b>
Acciones generales del gestor o gestora de adherencia terapéutica en VIH/Sida	19
Pasos a seguir por el gestor o gestora de adherencia terapéutica en su acompañamiento a las PVV	20
<b>Algunas herramientas de utilidad para el trabajo del gestor o gestora en adherencia terapéutica</b>	<b>22</b>
Situaciones de la vida diaria y consejos para una buena adherencia	22
Acciones de apoyo según causas de mala adherencia identificadas en el intercambio con las PVV	23
Algunos elementos que pudieran favorecer u obstaculizar la adherencia terapéutica	24
Algunas lecciones aprendidas de experiencias de adherencia en Latinoamérica a tener en cuenta	25
Evaluación rápida de adherencia terapéutica a PVV	26
<b>Confeción de un plan personalizado de adherencia terapéutica</b>	<b>27</b>
<b>Bibliografía Consultada</b>	<b>29</b>



# Introducción

---



La adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) resulta esencial para el control de la infección, la reducción de la morbilidad y mortalidad de las personas que viven con VIH (PVV) y la minimización del desarrollo de resistencias a la medicación, así como para la eficiencia de las intervenciones de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, la asistencia a consultas, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. La magnitud y las consecuencias asociadas a la falta de cumplimiento sitúan a la adherencia como un importante asunto para la salud pública a nivel mundial. El progresivo aumento del número de pacientes con varias patologías presentes y varios tratamientos al mismo tiempo, acrecienta este problema.

Se debe tener en cuenta que la adherencia es un concepto más amplio que la toma de los medicamentos, abarca la implicación y el compromiso de la PVV con su enfermedad, su tratamiento y el personal médico, de enfermería y otros profesionales y educadores pares, que se involucran en su atención.

Para que una PVV mejore su adherencia debe adquirir un papel activo en el proceso de gestión de su enfermedad, aumentar su autonomía e incrementar su capacidad de autocuidado. Es necesario que conozca la enfermedad y la entienda, así como el tratamiento prescrito y consensuado, y la importancia de cumplirlo. Además, es clave que exista una relación con el médico, y el resto del personal de salud, basada en la confianza y el diálogo, facilitando su participación en la toma de decisiones. La adherencia, además, debe englobar el acto terapéutico completo, considerando la importancia de los hábitos de vida asociados y garantizando el uso correcto de los medicamentos.

Se han identificado como elementos determinantes de la buena adherencia, el estrecho vínculo que debe existir entre la prescripción médica, la dispensación del medicamento y el seguimiento oportuno de cada PVV, teniendo en cuenta que estos procesos favorecerán el cumplimiento de los tratamientos. Todos los profesionales de la salud implicados, tanto en el diagnóstico, la prescripción y la dispensación, así



como los educadores pares gestores de la adherencia que se involucran en la prestación de cuidados y en el seguimiento, contribuyen a este objetivo, desde el ámbito de sus respectivas competencias y funciones.

También implica un mayor protagonismo de la PVV, así como mejoras en la comunicación e información entre ésta y los profesionales de la salud. Para abordar el problema de la adherencia de manera integral es necesario trabajar en aspectos concretos de mejora, e irlo logrando paso a paso. Puede ser útil disponer de material informativo específico. Las actuaciones dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica deben centrarse en el uso seguro y responsable del medicamento, y resulta un factor clave la intervención de equipos multidisciplinares, en los que participen médicos, enfermeros, farmacéuticos, psicólogos, educadores pares y asistentes sociales.

Las visitas de seguimiento y el acompañamiento a las PVV, brindan la oportunidad para evaluar el grado de adherencia, conocer sus éxitos y desafíos, sus problemas, y definir las acciones necesarias para favorecer el cumplimiento. La comunicación es especialmente importante a la hora de garantizar la conciliación y la adecuación de los tratamientos.

Algunas de las iniciativas precedentes en Cuba para evaluar y favorecer la adherencia terapéutica son:

- ◇ Realización por parte de la RedCub+ de materiales impresos tales como plegables, afiches y soportes educativos para el trabajo de la adherencia.
- ◇ Talleres dirigidos a las PVV sobre adherencia terapéutica.
- ◇ Realización de campañas como por ejemplo “Mantente no detectable”
- ◇ Farmacia comunitaria con el equipo municipal de la RedCub+ de Boyeros, Centro Habana en La Habana y otras localidades del país.
- ◇ La recogida en farmacias comunitarias que expenden el tratamiento antirretroviral y su correspondiente entrega en los domicilios de personas con dificultades en la locomoción y otros problemas de salud por parte de la coordinación de PVV del municipio Centro Habana, La Habana.
- ◇ GPSIDA – [2001 - 2013] Estudio Nacional de Adherencia; Consejería de adherencia en la consulta externa del IPK y en el Centro de Atención Integral a las de PVV Santiago de las Vegas; Biblioteca Electrónica en la consulta externa



del IPK; Boletín Mensual de GPSIDA; Entrega de materiales impresos sobre los medicamentos antirretrovirales, reacciones adversas, adherencia terapéutica, relaciones con el personal médico y otros temas afines; Sistema informático SIDATRAT; Consejerías de Adherencia en los Sanatorios Regionales; Eventos Científicos anuales de GPSIDA.

- ◊ Guantánamo 2017-2018 realizó un estudio sobre adherencia terapéutica en el municipio Guantánamo, dirigido a personas con VIH, de este estudio se trabajó en una estrategia donde intervinieron, personal de salud, familia, amigos y parejas, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y el apego a las terapias antirretrovirales.
- ◊ Identificación de las razones referidas por las PVV con problemas de adherencia para no haber seguido el tratamiento según indicaciones médicas. CEPDE-ONEI, 2018 Encuesta Nacional a personas con VIH-2012 y 2018.

Tanto los estudios realizados como las iniciativas desarrolladas, han demostrado que incorporar los puntos de vista de las propias personas con VIH sobre sus problemas con la medicación contribuiría a enfocar de forma más adecuada las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. A su vez, el acompañamiento de pares resulta de gran importancia para lograr los cambios propuestos hacia la buena adherencia.

Uno de los objetivos fundamentales de la RedCub+ es contribuir a mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral de las PVV en Cuba.

Para lograrlo, se ha propuesto: (1) establecer un marco metodológico para la mejora de la adherencia terapéutica y la promoción del uso responsable del tratamiento; (2) generar conciencia en la población de PVV, a través de la sensibilización y la comunicación, sobre la adherencia terapéutica; (3) fortalecer las capacidades de las PVV para el adecuado manejo de la enfermedad y el tratamiento; (4) apoyar la prescripción, dispensación y seguimiento del tratamiento antirretroviral por parte de gestores y gestoras de la adherencia, miembros de la RedCub+; y (5) fortalecer el vínculo entre la RedCub+ y los servicios de salud en apoyo a la adherencia.

El presente folleto, dirigido a **gestores y gestoras comunitarios en adherencia terapéutica**, se propone: **(1)** aclarar los diferentes problemas de adherencia identificados en las personas con VIH; **(2)** acercarse a las razones, motivaciones y significados que las personas con VIH atribuyen a sus conductas no adherentes; **(3)** apuntar sobre la evolución en el tiempo de los problemas de adherencia; y **(4)** aportar información y herramientas que apoyen el trabajo de los gestores y permitan mejorar sus habilidades para influir en la adherencia en las PVV.



# Adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en VIH/sida

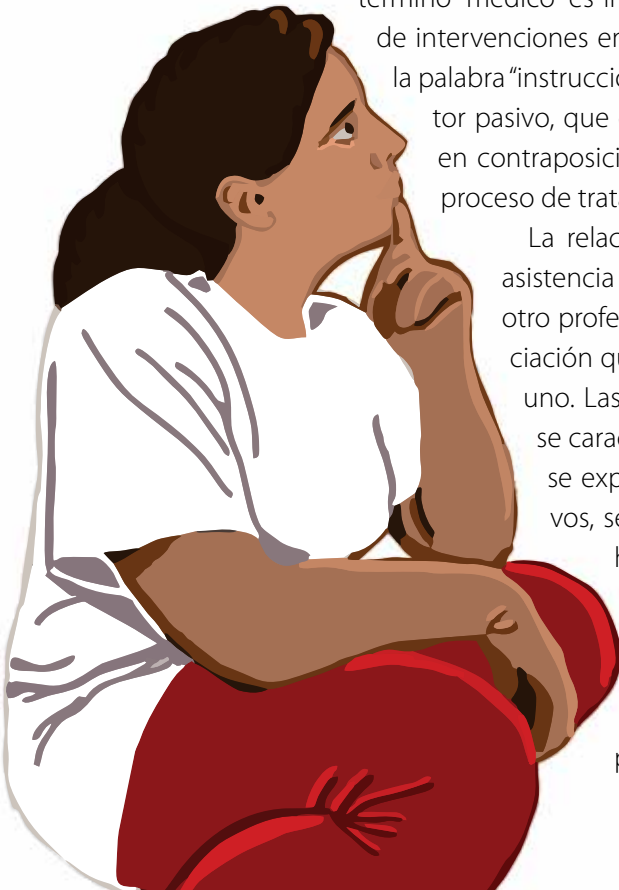
---

## ¿Qué es la adherencia?

Las investigaciones se han centrado en la adherencia a la medicación, la adherencia terapéutica también abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud que sobrepasan el hecho de tomar las preparaciones farmacéuticas prescritas. La primera aproximación al concepto de que es “el grado en que la persona con VIH (PVV) sigue las instrucciones médicas” es un punto de partida útil. Sin embargo, el término “médico” es insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar el VIH. Además, la palabra “instrucciones” implica que el PVV es un receptor pasivo, que consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento.

La relación entre el PVV y el prestador de asistencia sanitaria (sea médico, enfermera u otro profesional de la salud) debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno. Las relaciones de tratamiento efectivos se caracterizan por una atmósfera en la cual se exploran medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento.

Por tanto, la adherencia puede ser definida como: “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento,





seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Es necesario diferenciar la adherencia del cumplimiento u observancia. La diferencia principal es que la adherencia requiere la conformidad del PVV respecto a las recomendaciones. Creemos que los PVVs deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención y esa buena comunicación entre ambos es un requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

## La mejora de los tratamientos y la evolución en la actitud frente a la medicación y los problemas de adherencia

El extraordinario avance terapéutico logrado desde el comienzo de la epidemia de VIH, y en especial durante la última década, constituye un aspecto medular para comprender mejor la relación del VIH con la medicación entre las personas afectadas. Es obvio que el progreso terapéutico ha modificado la problemática de la adherencia, es importante destacar que:

- ◇ el cambio más evidente es la mejora en la eficacia de los propios tratamientos,
- ◇ la disminución en la gravedad de los efectos secundarios y el control cada vez más logrado de aquellos más severos.
- ◇ especialmente destacable durante los últimos años, la práctica superación de la lipodistrofia, uno de los efectos adversos de la medicación que mayor angustia causaba entre las personas con VIH,
- ◇ la mejora en la administración y conservación de las medicaciones hacia una creciente simplificación ha facilitado la ingesta, es decir, se ha transitado de regímenes de ingesta muy complejos a tratamientos que “materialmente” resultan mucho más fáciles de tomar.

Si bien en la actualidad la adherencia sería un aspecto que genera entre las personas con VIH menor preocupación que en el pasado, esto no implica, que dejen de existir problemas de cumplimiento terapéutico.

## Los diferentes problemas de adherencia en la actualidad

Los diferentes problemas de adherencia expresados por las PVV en un espectro de menor a mayor gravedad, lo podemos mostrar en la tabla siguiente. Estos van desde la administración incorrecta de las dosis hasta las situaciones más graves de



abandono completo del tratamiento antirretroviral (TAR), algo que conceptualmente sobrepasa el campo de la no adherencia para entrar en la interrupción del tratamiento y la ruptura de la continuidad del cuidado sanitario.

### *Tipos de problemas de adherencia*

Administración incorrecta	Incumplimiento de horarios Dosis incompletas Pequeños olvidos, incomprensión de las pautas médicas o deterioro cognitivo (en ciertos perfiles de PVVs de más edad)
Omisión esporádica de tomas	Omisión ocasional de una o varias dosis Situaciones inesperadas, rupturas de la rutina (fin de semana, vacaciones) y, en los PVVs más jóvenes y socialmente activos, con la "marcha" nocturna y los posibles consumos de alcohol y drogas
Omisión periódica en situaciones concretas	Omisión de tomas que se repite periódicamente en ciertas situaciones o contextos en los que la ingesta se dificulta o hace imposible (determinados entornos laborales, convivencia con personas que desconocen el estado serológico, ciertas situaciones de interacción social) Muy relacionado con la vivencia del estigma
Interrupciones breves del tratamiento	Períodos relativamente breves sin medicación, que pueden durar desde uno o dos días hasta un mes Razones y motivaciones más diversas
Abandono del TAR	Abandono completo del TAR Graves problemas personales y socio-económicos, o bien con crisis emocionales y/o de identidad, o estados depresivos, que conducen a que la persona con VIH deje de tomar la medicación y de acudir a los servicios sanitarios

## Motivos y significados de la no adherencia

No todos estos problemas de la no adherencia están causados por los mismos factores; algunas de las situaciones descritas se atribuyen claramente a una razón, mientras que otras responden a motivaciones más complejas y múltiples. Más aún, a pesar de que el conocimiento de la necesidad de cumplir correctamente con el tratamiento está extendido entre las personas con VIH (en mayor o menor grado se conocen las consecuencias de la mala adhesión: el desarrollo de resistencias, la posibilidad de aumento de la carga viral, etc.), no todas las faltas de adherencia son experimentadas negativamente, sino que en la experiencia subjetiva algunas adquieren un significado positivo para el PVV.



Hay una serie de causas, motivaciones y significados atribuidos a las conductas no adherentes, que se relacionan de forma múltiple con las problemáticas descritas en el apartado anterior. Entre ellas tenemos:

- ♦ **Incomprensión u olvido de las pautas y dictados médicos.** Se trata de algo especialmente presente en PVVs con largos tiempos de tratamiento y un significativo nivel de deterioro cognitivo. La medicación se olvida, las pautas se confunden, no se sabe si es mejor tomar o no tomar. Ejemplo: *“A veces me olvido tomar el de la tarde. Hay veces que me duermo y ¡bum!, de repente... Yo tengo que tomar a las nueve, y entonces me despierto tarde... Mejor dejar que tomar tarde, ¿no? Me acuerdo a las once o las diez; pero yo lo que hago es dejar de tomar”.*
- ♦ **Ocultamiento de la seropositividad frente a percepción de posible estigmatización (y sus consecuencias).** El estigma se halla en muchas ocasiones detrás de las faltas o incumplimientos terapéuticos. Esto se expresa de manera especial en la omisión periódica de tomas en contextos donde se ha de ocultar el estado serológico (lugar de trabajo, situaciones de convivencia, interacción social, entre otros) y es un aspecto que se exagera tanto en las condiciones de vida cercanas a la exclusión social.. Ejemplo: *“Tengo que ocultar incluso mi medicación para que no sepan qué tomo. Como es cada dos o tres meses que tengo que ir al médico, tengo que inventar alguna excusa para no decir que voy al médico, y después a otro médico y más médicos, pues sospechan y hacen preguntas. Tengo que inventar historias para ir al médico, y hay veces entonces que no voy a las citas o a coger la medicina”.*
- ♦ **El miedo a posibles efectos adversos:** ya sea como reacción a incomodidades y efectos realmente experimentados, ya sea por el miedo a posibles consecuencias desagradables en un futuro. Muchas de las personas que realizan ingestas incorrectas del TAR, creen que una cierta supresión de la medicación podía atenuar esos efectos adversos. Existen dos “momentos” de posibles reacciones adversas del organismo: por un lado, los efectos secundarios inmediatos que pueden experimentarse tras el inicio del TAR o el cambio de medicamento o régimen, y por el otro, las posibles consecuencias acumulativas de la medicación, que genera miedos a la toxicidad a largo plazo. Ante la conciencia ampliamente compartida de que los peores efectos adversos de la mediación (por ejemplo la lipodistrofia) están siendo cada vez más controlados, y ante la creciente esperanza de vida de las personas con VIH, el miedo a la toxicidad a largo plazo parece estar cobrando una mayor importancia. Ejemplo: *“Es como si te bebieras todos los*



días una botella de ron. El primer mes vas a estar completamente aturdido, pero cuando lleves tres meses la botella de ron no te va a hacer nada. Porque tu cuerpo ya ha creado tolerancia a la bebida. Ahora, los daños que hace ese ron en tu organismo los va a seguir haciendo. Otra cosa es que tú no los veas. Pero cuando seas mayor, ya verás”.

♦ **Sensación de control y autonomía.** No todas las conductas de incumplimiento terapéutico se perciben negativamente. Algunas aparecen como una decisión personal libremente ejercida y suponen una experiencia de “control” y autoafirmación, de autonomía “ganada” o “recuperada” frente a la obligación continua de la medicación y al mandato médico. Esta búsqueda de una liberación momentánea frente a la imposición férrea de la rutina aparece muy particularmente en PVVs con largos tiempos de tratamiento, en relación con el cansancio de la medicación. La posibilidad de “controlar” individualmente el desarrollo de la infección, al conocer los resultados de la analítica, permite “modular” estas breves interrupciones del tratamiento, o cuanto menos, fantasear con ellas, como en la siguiente cita. En este caso, como puede observarse, la no adherencia (siempre que sus consecuencias no se expresen en la siguiente analítica) es vivida como un logro, no como un fracaso. Ejemplo: *“Yo me veía con más defensas que normalmente. . . Normalmente siempre tenía doscientas o así y ahora pues tenía quinientas o así y dije: Pues vamos a ver que. . . Y dejé de tomar. Por probar a ver. . . cómo funcionaba mi cuerpo sin la medicación. Si las defensas me bajaban muy rápido, si se quedaban estancadas, si la carga viral se me disparaba, si no. Por verlo, o Nunca lo he llegado a dejar del todo, pero dices: Bueno, para mí que están probando con nosotros. Ahora un cambio de medicación, ahora, otra terapia. . . Y entonces tú dices: Pues me voy a tomar un mes de descanso. . . A ver cómo me salen los análisis. Y tú callado, sin decir ni mu. A ver qué pasa, vamos a probar, vamos a ser también un poco ingeniero de nuestro cuerpo, ¿no?, a ver qué pasa. Y sin decirle nada al médico. Y él: Oye, ¡qué bien te han salido las pruebas!. Pues si no me he tomado las pastillas”.*

♦ **Auto infligirse un daño.** Ciertos episodios de crisis personales, estados depresivos, fallecimiento de personas cercanas, etc., pueden llevar a que una persona experimente conductas psicológicamente complejas de auto culpabilidad y deje de tomar la medicación como una forma de “autolesión” o de “suicidio” desplazado. Se trata de dinámicas que resultan incontrolables y/o incomprensibles para la propia persona que las experimenta y que requieren asistencia psicológica profesional.



- ♦ **Dificultad de acceso al tratamiento.** En situaciones de exclusión social podemos encontrar a personas que no acceden al ámbito de la atención sanitaria, dificultando o imposibilitando su acceso a la medicación.

## Momentos críticos en el proceso de adherencia

La adherencia tiene una dimensión temporal, lo cual significa no sólo que es un proceso que se construye en el tiempo, sino que en los diferentes momentos de progreso en el tratamiento aparecen dificultades y vivencias específicas. En general, aparecen cinco momentos que resultan especialmente dificultosos para las personas con VIH en cuanto al mantenimiento de una correcta adherencia:

- a) El comienzo del tratamiento.
- b) Los períodos de la semana y del año en los que la rutina se relaja (fin de semana, vacaciones...).
- c) Los momentos de mayores dificultades personales y psicológicas (depresión, fallecimientos de personas cercanas, separaciones, etc.).
- d) Los cambios de medicación en PVVs que llevan mucho tiempo siguiendo el mismo tratamiento.
- e) El cansancio del tratamiento en personas que llevan un período largo de medicación.

De forma especial, queremos resaltar las dificultades de adherencia asociadas al comienzo del tratamiento, en tanto que éste resulta un momento particularmente crítico para las personas con VIH. Por el cambio vital que implica y la necesidad de construir nuevas rutinas, pero también por la clara connotación simbólica que tiene en cuanto a *“comenzar con el tratamiento supone el reconocimiento de una identidad medicalizada”*.



Esta asunción es más difícil cuando no se ha experimentado ningún síntoma de la “enfermedad” –situación cada vez más común entre los nuevos diagnósticos– y parece resultar particularmente problemática para los HSH y personas trans más jóvenes. De ahí que se identifique un perfil de personas que quieran retrasar lo más posible el inicio de la medicación, que expresan: *“El tratamiento, cuanto más tarde mejor. Porque a mí me da la idea que uno, cuando empieza a tomar pastillas, ya la enfermedad toma realmente el control y ya no depende de uno, sino del médico o del que lo vea. O sea, ahí ya empieza el combate. Es como que yo me veo más sano que una persona que ya está tomando la medicación”*.

Este deseo de demorar el comienzo del tratamiento pudiera conducir a malos cumplimientos terapéuticos, en conexión con esa sensación positiva de control y autonomía que describíamos más arriba. Sin embargo, es preciso señalar que no todos los nuevos PVVs que comienzan con el TAR muestran esta actitud, puede suceder al contrario con los perfiles que muestran más miedo al VIH y tienen menos información al respecto. Estos perfiles, de forma opuesta a lo que ocurre con muchos HSH y personas trans, suelen querer comenzar el TAR lo antes posible y muestran una motivación hacia la adherencia mucho más acusada. En estos casos, las posibles dificultades para el cumplimiento terapéutico tienen más que ver con situaciones que se les “imponen” que con decisiones personales.

## Algunos mensajes clave relacionados con la adherencia terapéutica

**La adherencia deficiente al tratamiento en las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud**

La adherencia al tratamiento a largo plazo en las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aún menores. Es innegable que para muchos PVVs es difícil seguir las recomendaciones del tratamiento.

**La repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica a escala mundial**

Las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales, el virus de la inmunodeficiencia humana /síndrome de inmunodeficiencia adquirida y la tuberculosis, juntos, representaban el 54% de la carga mundial de todas las enfermedades en 2001 y sobrepasarán el 65% en todo el mundo en 2020. Los pobres son afectados desproporcionadamente.



**Las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente a los tratamientos a largo plazo resultan en bajos resultados de salud y mayores costos sanitarios**

**La mejora de la adherencia terapéutica también aumenta la seguridad de los PVVs**

**Aumentar la efectividad de las intervenciones sobre adherencia terapéutica puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos**

**Los sistemas de salud deben evolucionar para afrontar nuevos retos**

La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud. Las intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia terapéutica proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos.

Dado que la mayor parte de la atención necesaria para los procesos crónicos se basa en el autocuidado del PVV (que generalmente requiere politerapias complejas), el empleo de tecnología médica para el control y cambios en el modo de vida del PVV, los PVVs se enfrentan con varios riesgos potencialmente letales si no son apoyados apropiadamente por el sistema de salud.

Los estudios que se realizan descubren sistemáticamente ahorros de costos y aumentos significativos de la efectividad de las intervenciones de salud que son atribuibles a las intervenciones de bajo costo para mejorar la adherencia terapéutica. Sin un sistema que aborde los determinantes de la adherencia terapéutica, los adelantos en la tecnología biomédica no lograrán hacer realidad su potencial para reducir la carga de las enfermedades crónicas. El acceso a los medicamentos es necesario, pero insuficiente en sí mismo para tratar efectivamente las enfermedades.

En los países desarrollados, el cambio epidemiológico en la carga de morbilidad, que ha pasado de las enfermedades agudas a las crónicas durante los últimos cincuenta años, ha determinado que los modelos de atención aguda de los servicios de prestación de salud sean obsoletos para abordar las necesidades de la población. En los países en desarrollo, este cambio está ocurriendo a una velocidad mucho mayor.



# Resultado aportado por un estudio reciente sobre adherencia terapéutica en Cuba

*Acercamiento a la adherencia terapéutica en PVV. Encuesta Nacional a PVV. ONEI, Cuba 2018<sup>1</sup>*

Uno de los principales resultados al respecto fue que aproximadamente una de cada cuatro PVV en TARV (4796 PVV de 20275 que se encontraban en TARV) no toma en todo momento los medicamentos siguiendo estrictamente las orientaciones médicas, es decir, tiene problemas de adherencia.

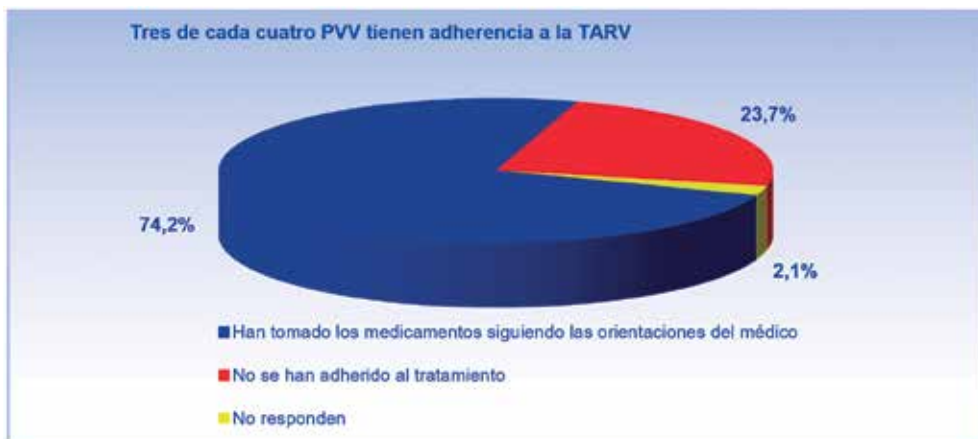


Gráfico 1 Proporciones de PVV en TARV que tomaron los medicamentos cumpliendo las orientaciones médicas.

Fuente: Encuesta a personas con VIH/Sida- 2018.

En el marco de dicho estudio, al igual que la encuesta levantada en el año 2012, se indagó entre las PVV que no tuvieron una buena adherencia las causas que condicionaron este comportamiento y los argumentos referidos se registran en el siguiente gráfico.

<sup>1</sup> Acercamiento a la adherencia terapéutica en PVV. Encuesta Nacional a PVV. ONEI, Cuba 2018





Gráfico 2 Principales argumentos para no haber cumplido con la terapia ARV indicada, expuestos por las PVV con TARV que no tomaron los medicamentos siguiendo las orientaciones médicas.

Fuente: Encuesta a personas con VIH/Sida- 2012 y 2018.

Nota: Las proporciones no suman 100% ya que esta pregunta aceptaba más de una respuesta.

Al analizar las razones para no tomar los medicamentos siguiendo las orientaciones médicas que refieren las PVV con TARV que no reportan una buena adherencia, se aprecian variaciones respecto a las señaladas seis años atrás (gráfico 2). Si bien en la actualidad, al igual que en años anteriores, entre las principales causas se encuentra “el olvido” y “la aparición de reacciones adversas”, en orden de frecuencia, la segunda razón más referida es “no tener todos los medicamentos”. Adicional a ello se reportan en esta ocasión entre las principales razones dos que no se mencionaban con anterioridad: “porque le cambian con frecuencia los medicamentos” (28.1%) y “porque son muchas tabletas a tomar” (14.5%).

Otros argumentos menos frecuentes, aunque no por ello menos importantes fueron “sentirse bien de salud” (15.4%), “no querer tomar medicamentos” (9%), “le producen deformaciones” (4.6%), “no considerar necesario el tratamiento” (3.7%) y que “interfiere en sus horarios”, que el pasado año no se contemplaba como alternativa de respuesta.

Cualesquiera sean las razones referidas para no haber tomado los medicamentos siguiendo las orientaciones médicas, todas son posibles de modificar, de ahí la necesidad para continuar trabajando en aras de lograr una mejor con calidad de vida de las PVV.



Con vista a identificar que otros factores podrían estar incidiendo como atenuantes para mejorar la adherencia terapéutica, se investigaron algunos indicadores sociodemográficos encontrándose al respecto que existía asociación entre la adherencia terapéutica y algunos de ellos.

Los resultados de la Encuesta Nacional a PVV-2018 evidencian que en relación al sexo se verifican comportamientos diferenciales que indican una mayor disposición a la adherencia entre el sexo femenino (76.6% entre las mujeres versus 73.7% entre los hombres)

De acuerdo al nivel educacional también se verifica una relación de dependencia. Tal y como se esperaba, en la medida en que aumenta el nivel aumenta la proporción de PVV en TARV que se adhiere al tratamiento. Los porcentajes más bajos (61.3%) se reportan entre aquellas con primaria terminada a lo sumo, en tanto el más elevado (81.8%) se registró entre quienes tenían la enseñanza superior vencida.

Al comparar la adherencia de acuerdo con las relaciones de pareja que establecen las personas, también se aprecian diferencias. Las mismas hacen presuponer que cuando se establece una relación estable con convivencia, son mayores las probabilidades de adherirse al tratamiento que cuando se establece una relación informal o, estando legalmente formalizada, no viven juntos. Las proporciones de PVV con TARV indicado que refieren adherirse al tratamiento son superiores al 75% en el primer caso en tanto, entre quienes clasifican en el segundo no rebasan el 70%, es decir, son en promedio 5 puntos porcentuales inferiores.



# Participación de la RedCub+ en la estrategia de adherencia terapéutica

---

La inclusión de las PVV apropiadamente capacitadas ha resultado de gran valor en el desarrollo de grupos de autoayuda, que con el apoyo del personal de han realizado talleres y otros intercambios sobre adherencia al tratamiento a sus iguales, familiares, entre otros.

La participación comunitaria fue y es importante en la lucha contra la discriminación y la estigmatización de las personas que viven con el VIH, en la lucha por la inclusión, el respeto a la diversidad y el acceso universal a los tratamientos médicos. También en la promoción de la implementación de diferentes estrategias que han llevado a la consolidación de políticas de salud.

Dentro de la estrategia de trabajo para lograr una buena adherencia en Cuba están involucradas las siguientes figuras: Trabajador Social, Psicólogo, Enfermera especializada en ITS, Médicos y enfermeras de los Consultorios del Médico de la Familia, Departamento de Asistencia Médica, Epidemiólogo del Programa de VIH o Jefe de Programa, Educador Municipal y Áreas de Salud, Equipos de ayuda mutua, Farmacias comunitarias y Educador/a Par como gestor/a de la adherencia. Con la integración de este equipo, compuesto por personal especializado y PVV capacitadas, se puede lograr avanzar hacia los objetivos propuestos. Se propone analizar a continuación el trabajo del gestor o gestora de adherencia terapéutica.

## Acciones generales del gestor o gestora de adherencia terapéutica en VIH/sida

- ◇ Conocer a las PVV que afrontan problemas con la adherencia o el seguimiento médico de su área de salud.
- ◇ Mantener capacitación continua sobre el tema.
- ◇ Cumplir con las normas éticas establecidas para este tipo de actividad.
- ◇ Apoyo y acompañamiento a las PVV adherentes y no adherentes.

- ◇ Visitas al hogar de la PVV si es permitido o encuentros en lugares donde ambos definan, para intercambios educativos sobre adherencia terapéutica.
- ◇ Establecer vínculos con la familia de la PVV para su apoyo en relación a su autocuidado.
- ◇ Apoyar las acciones programadas por el equipo de salud del área dirigidas a las PVV con mala adherencia o en abandono.
- ◇ Establecer vínculos con el personal de las farmacias comunitarias para la realización de actividades educativas sobre el tema.
- ◇ Apoyo a los cursos aprendiendo a vivir con VIH en sus diferentes modalidades.
- ◇ Distribución de materiales y soportes educativos sobre la adherencia en consultas, farmacias comunitarias, Centros de Atención Integral y en otros espacios donde acudan las PVV.
- ◇ Alianzas con el EAM y con otros factores de la comunidad que puedan apoyar a las PVV no adherentes.
- ◇ Impulsar la utilización de las nuevas tecnologías como recordatorios del tratamiento e información sobre adherencia terapéutica.
- ◇ Recogida y entrega de los ARV a las PVV con dificultades para acudir a la farmacia comunitaria.
- ◇ Establecer vínculos entre el equipo de salud y los coordinadores de la RedCub+ a su nivel para trabajar en función de los avances y nuevos desafíos.

## Pasos a seguir por el gestor o gestora de adherencia terapéutica en su acompañamiento a las PVV

Mantener la disponibilidad para el apoyo de las intervenciones educativas dirigidas a reforzar la adherencia según las demandas del personal médico. Los/as gestores/as antes de contactar o visitar a las PVV, deben tener en cuenta algunas especificidades, tales como: (1) Si la familia conoce el diagnóstico; (2) Si la PVV está renuente a recibir cualquier información, trato o atención en relación a su diagnóstico; (3) Quién o quienes conocen su diagnóstico en el hogar o dentro de las redes de apoyo.

Le recordamos que el diagnóstico es solo de la persona, su médico de atención, y fuera de éste ámbito, lo comparte con quien desee. No podemos adentrarnos en problemas éticos relacionados con la vida de las personas. Para ello le proponemos lo siguiente:

1. Si procede, realice la visita al hogar de la persona con VIH. Trate de hablar directamente con ésta, en caso de que no se encuentre, retírese y vaya en otro momento. Si se encuentra, coméntele el porqué de su visita, y ante todo preséntese, diga



su nombre y que usted va en representación de la Red Cubana de personas que viven con VIH (RedCub+), háblele de la red.

2. Verifique o confirme si la persona dispone de tiempo y está interesada en conversar con usted. Explore si ese es el mejor entorno, o si deben buscar otro.
3. Coméntele que usted está disponible para conversar sobre su tratamiento o cualquier otro tema relacionado.
4. Pregúntele sobre sus inquietudes y exprese con mucha claridad y de manera mesurada la información que dé respuesta a sus preguntas.
5. No olvide llevar consigo, un material educativo de apoyo sobre el tema relacionado con el propósito de su visita y el acta de compromiso con el cumplimiento del tratamiento.
6. Establezca con la persona viviendo con VIH un plan de acompañamiento, ya sea telefónico, presencial o a través del uso de las redes sociales, que le permita a usted como gestor/a de adherencia, dar seguimiento al proceso de acompañamiento.
7. Al finalizar la visita, exprésele su gratitud por la atención prestada, no pierda la oportunidad de invitarle a unirse o buscar vínculo con la RedCub+.

### CONTENIDO DE LAS ACCIONES DEL GESTOR/A EN ADHERENCIA

ACCIONES	CONTENIDO
Disposición de apoyo al personal del área de salud si se requiere.	Intercambios con el personal de salud, según corresponda para apoyar las acciones necesarias y acompañamiento a las PVV según las necesidades.
Otras posibles vías de comunicación a explorar con la PVV	Explorar posibles vías de contacto con las PVV para lograr vías una comunicación efectiva para el cumplimiento de las acciones que se planifiquen. Estas vías pueden ser: teléfonos, email, direcciones, RR.SS, etcétera
Exploración sobre estado de salud, apoyo familiar y adherencia	Indagar sobre si tiene actualizados los exámenes de CD4 y Carga Viral. Situación familiar y posibles vínculos de apoyo con familiares, amistades y parejas
Elementos que determinan buen estado de salud y buena adherencia	Observar la situación general de salud con énfasis en los elementos que pudieran definir el estado de la salud de la PVV y la influencia de estos en una correcta adherencia
Situaciones a atender por el gestor de adherencia	Estar alertas a las necesidades de información, orientaciones y otras situaciones que se identifiquen en las PVV. El Gestor de la Adherencia ofrecerá los elementos necesarios, siempre que esté a su alcance la respuesta demandada por la PVV
Situaciones que deben conducir a una derivación a otros servicios	Estar consciente de la necesidad de derivar a la PVV con otros especialistas al ver limitada la capacidad de dar respuesta a situaciones específicas que se identifiquen en la PVV



# Algunas herramientas de utilidad para el trabajo del gestor o gestora en adherencia terapéutica

---

A continuación, incluimos algunas herramientas que pueden ser de utilidad para el trabajo diario de las personas gestoras de adherencia terapéutica.

## Situaciones de la vida diaria y consejos para una buena adherencia

Situaciones	Consejos
Si te saltas un 5% de la ingesta de tus medicamentos, el virus pueda desarrollar resistencia a ellos. Es importante mantener más de un 95% de adherencia al tratamiento. Por ejemplo: Si tu tratamiento es de una dosis diaria, 95% de adherencia al mes significa que debes tomarlo 29 de 30 veces. Si tu tratamiento es de dos dosis diarias, 95% de adherencia al mes significa que debes tomarlo 57 de 60 veces.	Busca mecanismos de recordatorio de tus medicamentos (alarmas, pareja, familiares, amigos) y organiza los medicamentos de la semana en un frasco separado o en un pastillero, de forma tal que te des cuenta si has olvidado alguna dosis. Trata de mantenerte cada mes por encima del 95%.
Si reduces la dosis de medicamentos con respecto a lo que te ha prescrito tu médico.	Respetar las dosis es importante para que los fármacos alcancen la concentración en la sangre que es necesaria para suprimir la actividad del VIH.
Si no respetas los horarios de las tomas de los medicamentos o si alteras constantemente la hora a la que te tomas cada dosis, los fármacos no alcanzarán la concentración necesaria para mantener controlado al VIH.	Trata de tomarte cada dosis a la misma hora cada día, procura que el desfase no sea superior a 15 minutos.
Si no respetas las indicaciones con respecto a si debes o no tomar los medicamentos con las comidas o con el estómago vacío. Algunos	Respetar esta pauta a lo largo del tiempo, es muy importante para absorber la cantidad de medicamentos nece-

Continuación...	
medicamentos se absorben mejor o producen menos molestias si se toman con las comidas, y otros si se toman con el estómago vacío.	saría para lograr una buena efectividad frente al VIH.
Si tomas otros medicamentos, suplementos, complementos o preparados sin consultar con tu médico y sin tener en cuenta las posibles interacciones con los antirretrovirales, estarás absorbiendo menos cantidad de medicamentos de la necesaria.	Consulta a tu médico antes de incluir otros medicamentos o suplementos a tu ingesta diaria.
Si dejas de tomar alguno de los antirretrovirales que componen tu terapia combinada. Todos los medicamentos de una combinación son necesarios y no se debe prescindir de ninguno de ellos sin que te lo prescriba tu médico (recuerda que cada uno actúa de un modo distinto frente al VIH y esa es la clave de la potencia de la terapia).	Si presentas efectos secundarios o malestar, antes de dejar de tomar algunos de tus antirretrovirales, háblalo con tu médico. Es posible que simplemente ajustando dosis o estableciendo algunos cambios en las tomas, las molestias disminuyan o desaparezcan.
Si no conservas adecuadamente la medicación. Recuerda que hay antirretrovirales que necesitan refrigeración (varios de los inhibidores de la proteasa, por ejemplo) y otros no deben sacarse de su envase (las cápsulas y los comprimidos). Tampoco hay que someterlos a temperaturas extremas, ni exponerlos a la humedad.	Conserva tus medicamentos según se indica en el frasco, de forma tal que mantengan una adecuada acción.
Si no ingieres correctamente los medicamentos. Las cápsulas hay que tragarlas enteras. Las tabletas se pueden partir o triturar sólo si lo recomienda como opción el laboratorio fabricante o si te lo indica tu médico.	Practica y aprende a tragar cápsulas, no es difícil y cuando consigas hacerlo te sentirás más seguro/a y no te supondrá ningún problema tomarte las pastillas, incluso en situaciones complicadas.

## Acciones de apoyo según causas de mala adherencia identificadas en el intercambio con las PVV

Factores	Causa de mala adherencia	Acciones
Factores relacionados con la PVV	Rechazo al diagnóstico. Rechazo al tratamiento. Olvidos y obstáculos de la vida cotidiana. Insuficiente comprensión de la enfermedad y el tratamiento. Insuficiente comprensión de la relación riesgo–beneficio.	Consejería en adherencia para promover la aceptación. Entrevista motivacional. Consensuar un plan de mejora de la adherencia. Reforzar conductas y actitudes positivas hacia el tratamiento. Informar sobre beneficios y efec-



Continuación...		
Factores relacionados con la PVV	Enfermedad psiquiátrica. Uso y abuso de drogas o alcohol.	tos adversos del tratamiento. Facilitar formas de adaptar el tratamiento a las actividades cotidianas. Promover el uso de dispositivos de recordatorios (alarmas, teléfonos, pastilleros, etc.).
Factores socio-económicos	Escasos recursos. Falta de apoyo social y familiar. Bajo nivel educativo.	Buscar apoyo del trabajador social. Promover alianzas con la familia, pareja, amistades y allegados. Ofrecer acompañamiento del Equipo de Ayuda Mutua. Apoyo en la búsqueda de empleo, asistencia social u otra cuestión de carácter jurídico.
Factores relacionados con el equipo de salud	Deficiente relación entre la PVV y su equipo de asistencia médica. Barreras en la comunicación. Dificultades entre los diferentes servicios de apoyo a la asistencia. Limitación de recursos y/o de tiempo para atender a las PVV	Estimular relaciones estables y de confianza entre la PVV y el equipo de salud. Acompañar a la PVV a las consultas médicas y otros servicios de atención. Proveer materiales educativos o vías de acceso a estos recursos, para que la PVV se informe adecuadamente.

## Algunos elementos que pudieran favorecer u obstaculizar la adherencia terapéutica

ELEMENTOS QUE PUDIERAN FAVORECER LA ADHERENCIA	ELEMENTOS QUE PUDIERAN OBSTACULIZAR LA ADHERENCIA
Expectativas cumplidas. Satisfacción de la PVV con la atención médica que recibe. Supervisión de la medicación periódicamente en consultas médicas. Disponer de una buena red de apoyo a la adherencia. Continuidad del tratamiento antirretroviral, buen abastecimiento. Deseo de lograr un embarazo y parto satisfactorio.	No aceptación de la enfermedad. Régimen complicado (toma diaria de varios medicamentos para toda la vida) Mala memoria o problemas de olvido de dosis. La infección por VIH transita de manera asintomática por mucho tiempo con buen estado de salud. No creer que el tratamiento es efectivo. Posible aparición de efectos no deseados a diversos medicamentos.





### Continuación...

Adecuada percepción de severidad de la enfermedad.  
Tener un proyecto de vida.  
Disfrutar de respeto y aceptación social.

Informaciones confusas por parte de otras personas con VIH.  
Aislamiento, no disponer de una red de apoyo.  
Abuso de alcohol y otras sustancias.  
Trastornos mentales no tratados .  
Alto nivel de estrés por diversas causas.  
Interrupciones por falta de alguno de los componentes de la terapia.  
Creencias religiosas.

## Algunas lecciones aprendidas de experiencias de adherencia en Latinoamérica a tener en cuenta

- ◇ Intervenciones simples como llamar a las PVV que no recogen los medicamentos a tiempo, puede permitir identificar individuos que requieren una atención específica y evitar cambios de terapia, que se asocian a mayor carga viral, bajos conteos de CD4 y riesgo de emergencia de resistencia.
- ◇ El seguimiento periódico de los factores de riesgo de mala adherencia a nivel comunitario y su sistematización permite la identificación temprana de personas en mayor riesgo, e implementar intervenciones en forma oportuna.
- ◇ Las intervenciones educativas son generalmente bien recibidas y permiten identificar oportunidades de mejora de la adherencia.
- ◇ Las farmacias donde se entregan los medicamentos a las PVV pueden jugar un papel importante en mejorar la habilidad de los PVVs para manejar los efectos adversos y motivarlos a cumplir con los tratamientos.
- ◇ El trabajo interdisciplinario en adherencia (enfermería, farmacia, trabajo social, educadores, promotores pares, familia, etc.
- ◇ ) permite mejores resultados y reduce costos de atención médica.
- ◇ La realización de actividades por medio de otras PVV facilita el contacto con poblaciones difíciles de alcanzar, y es una estrategia que debería ser promovida a fin de disminuir el estigma y facilitar el acceso.
- ◇ Los grupos de apoyo son habitualmente bien aceptados, y han tenido una importancia fundamental para detectar fallas en la adherencia que no se identificaban ni en la consulta médica o psicológica, logrando corregir errores y evitar resistencia a los medicamentos.



## Evaluación rápida de adherencia terapéutica a PVV

1. De forma general ¿Algunas veces olvida tomar los medicamentos antiretrovirales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. De forma general ¿Toma siempre los medicamentos a la hora indicada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Si te sientes mal, dejas de tomar los medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Olvidaste tomar los medicamentos durante el fin de semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna B: 1 - 2 C: 3 - 5 D: 6 - 10 E: más de 10
6. Desde la última visita del educador par, ¿Cuántos días completos no tomó los medicamentos?	Días: ____

1. Se considera no adherente: **p.1** = sí; **p.2** = no; **p.3** = sí; **p.4** = sí; **p.5** = C, D o E; **p.6** = más de dos días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.
2. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

A: buena adherencia (95 - 100%); B: existen problemas de adherencia (85 - 94%); mala adherencia C: 65-84 %, D: 30-64 %, E: < 30 %



# Confeción de un plan personalizado de adherencia terapéutica.

---

Como parte del trabajo del gestor o gestora de adherencia terapéutica, se establecerá para las PVV que se identifiquen con problemas de adherencia, un plan de mejora personalizado. Para la elaboración del plan se utilizará el modelo transteórico para el cambio de comportamiento. El gestor o gestora de adherencia identificará en la entrevista con la PVV, la etapa en que se encuentra y consensuarán un grupo de acciones a realizar para transitar hacia la próxima etapa. En el encuentro mensual, se evaluarán los avances y desafíos.

El Modelo Transteórico o de Etapas de Cambio fue propuesto por Prochaska y DiClemente en 1982, quienes basados en su experiencia en psicoterapia, observaron como las personas pasaban por estados de cambio similares sin importar el tipo de psicoterapia aplicada. Dicho modelo intenta describir los cambios por los cuales una persona atraviesa en el proceso de cambio de una conducta problema a una que no lo es, considerando a la motivación como un factor importante en el cambio conductual y atribuyéndole al sujeto el rol activo y concibiéndolo como un auto-cambiador del comportamiento.

ETAPAS	ESTRATEGIAS
<b>Pre-contemplación</b> La PVV no se plantea la necesidad de tomar medicamentos ARV	Proporcionar información Promover un vínculo de confianza mutua Diluir prejuicios, desmitificar creencias erróneas y “pensamiento mágico” respecto del VIH y sus tratamientos
<b>Contemplación</b> La PVV es consciente de la necesidad de iniciar TAR. Algunas personas pueden permanecer en esta etapa durante mucho tiempo.	Proporcionar información sobre los beneficios de iniciar la TAR, explicar los riesgos y posibles consecuencias de postergarlo Ayudar a la PVV a desarrollar habilidades para iniciar y sostener su TAR y contrarrestar posibles efectos adversos Ofrecer apoyo Proporcionar material impreso sobre el tema

<p><b>Preparación</b> La persona ya está dispuesta a iniciar TAR.</p>	<p>Brindar consejería adicional para definir aspectos finales Consensuar el tratamiento y estimular su compromiso Fortalecer los aspectos positivos (estímulo) Ayudar a la PVV a creer en su capacidad de adherirse a la TAR (autoeficacia)</p>
<p><b>Acción</b> La persona ya inició la TAR</p>	<p>Ofrecer apoyo, información y consejería adicional Ayudar a la PVV a prepararse ante posibles problemas o reacciones adversas Monitorear la adherencia con regularidad, identificar barreras y brindar soluciones posibles</p>
<p><b>Mantenimiento</b> La persona lleva más de 6 meses tomando TAR</p>	<p>Ayudar a la PVV a prepararse ante posibles problemas o reacciones adversas Evaluar dificultades en la adherencia en cada encuentro Monitorear la adherencia con regularidad, identificar barreras y brindar soluciones posibles</p>
<p><b>Recaída</b> La persona deja de tomar algunas dosis o suspende el tratamiento</p>	<p>Ayudar a la PVV a comprender los motivos de la recaída Proporcionar información sobre el proceso de cambio Ayudar a la PVV a hacer planes para retomar su tratamiento Facilitar la confianza a la PVV en su capacidad de cambiar Ofrecer apoyo necesario según las causas de mala adherencia Ofrecer soporte adicional particularmente frente a un cambio de TAR</p>



# Bibliografía Consultada

---

- Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis. 2019 – 2023. MINSAP.
- Acercamiento a la adherencia terapéutica en PVV. Encuesta Nacional a PVV. ONEI, Cuba 2018.
- Belmar J, Stuardo V. Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. *Rev Chilena Infectol* 2017; 34 (4): 352-358.
- Gabinete Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. España; 2016.
- Varela-Arévalo M, Hoyos-Hernández P. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev. salud pública*. 17 (4): 528-540, 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n4.38429>.
- Vilató Frómata L, Martín Alfonso L, Pérez Nariñol I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41(4):620-630
- Rafii F, Fatemi NS, Danielson E, Johansson CM, Modanloo M. Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. *Iran J Nurs Midwifery Res [Internet]*. 2014; 19(2):159–67. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4020025&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. *Rev Clin Esp [Internet]*. 2014; 214(6):336–44. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256514001271>
- Fundación Salud 2000. La adherencia, nuevo paradigma en la relación farmacéutico-paciente [Internet]. España; 2014. Disponible en: [http://www.fundacionmercksalud.com/system/attachments/3921/original/AAFF\\_Documento\\_final\\_baja.pdf?2014-06-2411:59:37+0200](http://www.fundacionmercksalud.com/system/attachments/3921/original/AAFF_Documento_final_baja.pdf?2014-06-2411:59:37+0200)
- Fundación Jordi Gol i Gurina IDIAP. Efectividad de las estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes crónicos: revisión meta-análisis. España; 2014.
- Ventura Cerdá JM et al. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. *Estudio ARPAS. Farm Hosp*. 2014;38(4):291-299.
- Chamorro R et al. Revisión de estrategias utilizadas para la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico. *Pharm Care Esp*. 2014; 16(3): 110-120.

- Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Front Pharmacol* [Internet]. 2013; 4(91). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722478/>
- Vrijens B, De Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppard T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2012; 73(5):691–705. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3403197/pdf/bcp0073-0691.pdf>
- Conthe P, Márquez Contreras E. Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas: estado de la situación y perspectivas de futuro [Internet]. España; 2012. Disponible en: [http://www.enfermeriacantabria.com/web\\_enfermeriacantabria/docs/documento\\_consensu\\_2.pdf](http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/documento_consensu_2.pdf)
- Aragónés C, Sánchez L, Campos JR, Pérez J. Antiretroviral Therapy Adherence in Persons with HIV/AIDS in Cuba. *MEDICC Review*, 13 (2), 2011.
- Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica. OPS, 2011.
- Alvis O, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *An Fac med*. 2009; 70(4):266-72.
- Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Aten Primaria* [Internet]. 2009; 41(6):342–8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-estrategias-mejora-13139004>
- Rodríguez Chamorro MA et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España* 2009; 11(4): 183-191.
- Varela Arévalo MT, Salazar Torres IC, Correa Sánchez D. Adherencia al tratamiento en la infección por vih/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología* 11 (2): 101-113, 2008.
- Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: Terminology and definitions. *Value Heal* [Internet]. 2008; 11(1):44–7. Disponible en: [https://www.ispor.org/workpaper/research\\_practices/Cramer.pdf](https://www.ispor.org/workpaper/research_practices/Cramer.pdf)
- Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Teresa Martín-Conde M., Luis Casado J, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2005; 23(4):221–31. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X05749466>
- Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. OMS 2004.
- Sabaté E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action [Internet]. Ginebra: World Health Organization; 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>





