

DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES QUE FAVORECEN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON VIH ATENDIDOS EN LA CONSULTA DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DE LA CIUDAD HOSPITALARIA ENRIQUE TEJERA PARA EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2011

Maryangélica Ortuño M., Nellwys M. Oropeza, Elias J. Aparicio R., Francis M. Orozco A
Departamento Clínico Integral del Sur. Escuela de Medicina. Facultad Ciencias de la Salud.
Universidad de Carabobo

Recibido: Diciembre 2011. Aceptado: Abril 2012

RESUMEN

El incumplimiento del tratamiento médico por parte del paciente ha representado una de las causas más frecuentes en la presentación de complicaciones. La adherencia terapéutica es una estrategia que permite que el paciente continúe el tratamiento. **Objetivo:** Determinar los factores socioeconómicos, relacionados con la enfermedad y atención médica, que favorecen la adherencia terapéutica de pacientes con VIH, atendidos en el servicio de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera para el primer semestre del año 2011. **Materiales Y Métodos:** Se realizó una investigación de tipo descriptiva de corte transversal, Se analizaron variables socioeconómicas, conocimiento del tratamiento y adherencia subjetiva junto con la adherencia evaluable objetivamente, a través de un cuestionario estructurado aplicado en un total de 115 pacientes. **Resultados:** El 44,3% de los pacientes cumplían con la adherencia terapéutica objetiva. El nivel socioeconómico relacionado con la adherencia terapéutica objetiva, resultó significativa ($P < 0,0001$). La interconsulta de psiquiatría está asociada a la adherencia terapéutica objetiva en el 62,7% de los pacientes. Entre la adherencia terapéutica subjetiva y objetiva, se encontró una asociación significativa ($P < 0,0001$). Existe igualmente asociación significativa ($P < 0,0001$) entre el nivel de conocimiento del tratamiento y la adherencia terapéutica objetiva. **Conclusiones:** Favorece una eficaz adherencia terapéutica una clase socioeconómica alta o media, asistencia a interconsultas con Psiquiatría y un nivel de conocimiento adecuado acerca del tratamiento; el tiempo de diagnóstico se relaciona con la adherencia de manera no determinante; la polimedicación no se asocia de manera significativa.

Palabras claves: VIH, adherencia terapéutica, Psiquiatría de enlace.

ABSTRACT

Failure of medical treatment by the patient has been one of the most common causes of complications. Adherence is a strategy that allows the patient to continue treatment. **Objective:** To determine factors related to socioeconomic and health care, which promote adherence of HIV-positive patients treated at the Infectious Disease Service of the Enrique Tejera Hospital for the first half of 2011. **Materials and Methods:** We conducted a descriptive investigation of cross-section, were analyzed socio-economic variables, knowledge to treatment and adherence subjective with objectively assessed, through a structured questionnaire applied in a total of 115 patients. **Results:** 44.3% of

patients met strict adherence. Socioeconomic status with objective adherence proved to be significant ($P < 0.0001$). Interconsultation of psychiatry is associated with strict adherence (62.7%). Among the subjective and objective adherence, we found a significant association ($P < 0.0001$) those who said they comply with treatment adherence coincided with objective in 94.1%. We determined a significant association ($P < 0.0001$) between the level of knowledge according to the scale developed and objective adherence. **Conclusions:** Promotes an effective adherence a high or medium socioeconomic class, attending a Psychiatry Consultation with adequate knowledge about treatment, the time of diagnosis is related to adherence in a non-factor, polypharmacy is associated not so significant.

Key words: HIV, adherence, Liaison psychiatry.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se estima que más de 7.000 personas contraen VIH al día en todo el mundo. Se calcula que en 2009 hubo 2,6 millones de nuevos infectados con el VIH, esto representa una caída del 21% desde 1997, año en el cual el número de nuevas infecciones llegó a su cota máxima. Añadiéndose a esto, existen aún contextos legales y sociales que no favorecen el acceso a los programas relacionados con el VIH, lo que aún sigue obstaculizando el acceso universal al tratamiento oportuno de la enfermedad. Entre 2004 y 2009, la cantidad de personas que recibieron tratamiento antirretroviral contra el VIH o el SIDA se multiplicó por 13. Gracias a ello, las muertes por esta enfermedad durante ese período disminuyeron un 19%. Además de que hay menos nuevas infecciones, las personas infectadas viven más tiempo (1). En Venezuela se calcula que para el año 2007 hubo unas 1.670 defunciones por VIH/SIDA, con esa cifra, la enfermedad se ubica en el puesto 12 dentro de las 25 principales causas de muerte del país (2,3) y de acuerdo con los datos del año 2010 existen 28.631 personas que reciben la terapia múltiple antirretroviral, acompañada de seguimiento clínico, inmunológico, virológico y de resistencia (4).

Desde la antigüedad, la terapéutica aplicada en las enfermedades ha sido fundamental en la evolución de la misma, sea dicho tratamiento eficaz o ineficaz, de igual manera influirá directamente, de manera positiva o negativa en el curso de la patología tratada. Durante muchos años el incumplimiento de un tratamiento

médico por parte del paciente ha representado una de las causas más frecuentes en la presentación de complicaciones y recaídas, que son consecuencia en la mayoría de los casos de una ineficaz prevención de salud y de no recibir un tratamiento adecuado en etapas tempranas de la enfermedad. De la misma manera, a lo largo del tiempo se ha determinado que un seguimiento correcto y voluntario al tratamiento médico indicado, resulta ser beneficioso en la evolución de la enfermedad y disminuye en gran medida la presentación de complicaciones que éstas acarrearán, contribuyendo de manera efectiva en la salud del paciente y mejorando la calidad de vida, especialmente en las enfermedades crónicas (5). En el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se ha demostrado que el cumplimiento del tratamiento juega un papel de suma importancia para lograr los máximos beneficios del fármaco. El tratamiento médico de cualquier paciente con VIH suele comprender en un principio, de dos partes fundamentales, la primera son los fármacos destinados a defender el sistema inmune del VIH, denominados antirretrovirales, y por otro lado los fármacos necesarios para el tratamiento de cualquiera de las enfermedades oportunistas que puedan afectar al paciente.

La falta de cumplimiento al tratamiento puede llevar al fracaso total de éste, desarrollo de resistencia al fármaco por parte del virus, siendo esto de especial importancia ya que la resistencia que se desarrolla puede afectar a todos los medicamentos de un mismo grupo, el mejor ejemplo de este efecto se ve en el grupo de los inhibidores de la proteasa, pues cuando se desarrolla la resistencia a un medicamento de este grupo, puede desarrollarse también resistencia a todos los demás medicamentos del grupo y en consecuencia, disminuye la posibilidad de utilizar un arma terapéutica que ha demostrado ser muy potente para el tratamiento de la infección por VIH. Existen diversos métodos, directos o indirectos que pueden evaluar la adherencia al tratamiento, las pruebas de laboratorio representan un método directo y son aceptadas como los mejores indicadores de la competencia inmunitaria del paciente y usadas para determinar la eficacia del régimen terapéutico, con el recuento de linfocitos TCD4+, se considera el inicio del tratamiento o el cambio del mismo en pacientes con un valor menor de 350.000 células/mL (obtenidos en dos tomas diferentes); otro valor de laboratorio usado para evaluar la evolución de la enfermedad y la eficacia del tratamiento es la determinación del RNA del VIH (bDNA), donde en la mayor parte de los casos de tratamiento eficaz, ésta cifra será menor de 50 copias/mL de plasma. Ambas cifras de laboratorio deben ser vigiladas cada tres a seis meses para evaluar la respuesta del virus al tratamiento (6).

El tratamiento de los individuos con VIH requieren un conocimiento adecuado acerca del mismo y una

capacidad de afrontamiento por parte de los pacientes hacia ésta enfermedad crónica, revistiendo especial importancia la adhesión terapéutica, la cual es una estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida y su salud. No obstante, para la OMS en el año 2004, el mismo término de adherencia abarca numerosos comportamientos relacionados con la salud. Considerando dentro de esta definición el término médico como insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas, ya que puede ser aplicada por cualquier prestador de asistencia sanitaria (médico, enfermera u otro profesional de la salud). A su vez, plantea que es fundamental la conformidad del paciente con su tratamiento respecto a las recomendaciones que le da el prestador de asistencia sanitaria, ya que apoya que los pacientes deben ser socios activos con los profesionales de la salud en su propia atención, y que es necesaria una buena comunicación entre ambos, como requisito esencial para una práctica clínica efectiva.

La finalidad del estudio fue demostrar que hay diversos factores socioeconómicos, y relacionados con la enfermedad y atención médica, que intervienen en la adherencia terapéutica, y determinar la influencia que éstos ejercen en la población evaluada, conociendo a su vez cómo afecta el incumplimiento terapéutico en estos pacientes con patología crónica cómo lo es el VIH, siendo las principales necesidades del presente estudio de investigación, que pretende dar a conocer la respuesta al objetivo general propuesto por los investigadores el cual se basó en determinar los factores socioeconómicos, los relacionados con la enfermedad y la atención médica, que favorecen la adherencia terapéutica de los pacientes con VIH atendidos en la consulta externa del servicio de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera para el primer semestre del año 2011. Planteándose a su vez de manera específica el precisar los factores socioeconómicos que favorecen la adherencia de los pacientes evaluados; evaluar si el tiempo de diagnóstico de la patología interviene en el fenómeno estudiado; asociar la polimedicación con la adherencia terapéutica; precisar si el paciente se considera a sí mismo informado por su médico en cuanto al tratamiento que recibe y si es importante para éste; determinar el nivel de conocimiento de los pacientes en cuanto al horario del tratamiento, relación de la toma del medicamento con los alimentos, efectos secundarios, consecuencias de la toma incorrecta, del abandono completo y asociarlo con la adherencia; precisar si el paciente se considera a sí mismo adherente al tratamiento y asociar a la adherencia terapéutica objetiva y finalmente determinar la adherencia terapéutica en los pacientes con VIH que son referidos a consultas de Nutrición y/o Psicología y Psiquiatría.

La necesidad de plantear una determinación de los factores que intervienen en la adherencia terapéutica

fue la de identificar cuáles de éstos se presentaron con mayor frecuencia en la población, ya que se estudia un fenómeno que no es unitario, sino multidimensional y complejo en el que se ve influenciado el cumplimiento terapéutico y las conductas de afrontamiento del paciente, pero que se pretende enfocar en los elementos socioeconómicos, de la enfermedad y en los relacionados con el servicio de atención médica predominantes en este caso. Mediante el estudio de estos factores y el reconocimiento de cada uno de ellos, se pudieron establecer lineamientos específicos que mejorarán a mediano y largo plazo la adherencia terapéutica y que de manera conjunta con el personal médico se establezca una respuesta activa y consciente por parte del paciente para lograr resultados satisfactorios.

Dentro de los antecedentes de más relevancia relacionados con la problemática estudiada, que fueron consultados para la realización de la investigación y sirvieron como soporte para la ejecución de la misma, se encuentra un estudio hecho por Rodríguez G. y colaboradores (7) sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral y la repercusión del número de tomas diarias, siendo un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con tratamiento antirretroviral, donde el objetivo general de este trabajo se centró en medir el impacto, que supone en la adherencia, el cambio de régimen de medicación según el número de comprimidos por día que ha de tomar el paciente. El resultado de esta investigación fue que el aumento en el número de comprimidos se relaciona estadísticamente con la disminución en la adherencia de los pacientes, mientras que la disminución en el número de toma diaria no tiene relación estadísticamente significativa con el aumento en la adherencia.

Una investigación realizada por Herrera (8) abarca el tema de la relación entre médicos y pacientes con VIH y su influencia en el apego terapéutico y calidad de vida. Siendo el objetivo general analizar los factores de la relación con los médicos que afectan la adherencia terapéutica y la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA. Los resultados y conclusiones de la investigación consistieron en que los principales problemas durante la búsqueda de atención se relacionaron con la falta de conciencia de riesgo y de información entre las personas viviendo con VIH/SIDA y los médicos. Los médicos mostraron falta de capacitación sobre la patología. En la etapa de continuidad de la atención, los problemas se relacionaron con una adherencia terapéutica deficiente, producto principalmente de la falta de comunicación con los médicos y de la discriminación en los servicios públicos. De manera general se observaron problemas de información; falta de capacitación y paternalismo por parte de los médicos, y estigma social de las personas viviendo con VIH/SIDA asociado a la epidemia.

Otra investigación que reviste gran importancia como antecedente del estudio, fue la realizada por Piña (9). Enfocada en los efectos del tiempo de infección sobre

predictores de adherencia terapéutica en personas con VIH, que consistió en un estudio transversal con el objeto de probar los efectos del tiempo de infección (en meses) sobre predictores de comportamientos de adherencia a la terapéutica antirretroviral. Los resultados de este estudio sugieren que el tiempo de infección es una variable crítica que afecta de manera diferencial el papel de los predictores de comportamientos de adherencia en personas con VIH, aspecto que debe ser tenido en cuenta al diseñar y desarrollar programas de intervención dirigidos a promover la práctica consistente y eficiente de tales comportamientos.

Una revisión de la literatura realizada por Villa (10) tuvo como objetivo la búsqueda de estudios relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes con VIH asociada a variables psicológicas individuales, relacionadas con la enfermedad y el tratamiento. Por otro lado se examinaron el rol del apoyo social y familiar como protectores, así como el peso de las emociones negativas, como la ansiedad y la depresión, en la evolución física y emocional de la enfermedad. Una conclusión significativa del estudio es que se plantea que un afrontamiento activo, con actitudes de autocuidado, con búsqueda del apoyo social e información y la posibilidad de hallar personas dispuestas a brindar escucha y afecto, han sido identificados como factores protectores contra el distrés emocional, y por ende, contra la ansiedad y la depresión directamente, favoreciendo incluso la adherencia al tratamiento.

Desde el punto de teórico, la investigación que se ha llevado a cabo fue de reflexión y ampliación de información que anteriormente ha sido estudiada por el personal de salud, ya que se presenta un panorama amplio sobre los factores socioeconómicos, relacionados la enfermedad y con la atención médica, que pueden asociarse de manera directa en el tipo de conducta que asuma el paciente frente a su enfermedad y que predecirá la calidad del seguimiento que éste aplique, al igual que le permitirá al médico en muchas oportunidades, pronosticar la evolución de la enfermedad en base a la adherencia terapéutica y en cómo ésta sea manejada por el paciente. Desde el punto de vista clínico, la investigación le permite al facultativo poseer una percepción clara de cuáles son los factores del paciente que son influyentes en su conducta, específicamente ante la terapéutica indicada, en los cuáles debe enfocar la atención y de acuerdo a ellos realizar prescripciones que vayan acorde a las condiciones y necesidades físicas, psicológicas y sociales de dicho paciente, utilizando las herramientas básicas del médico en el estudio clínico como lo es primeramente una acorde relación médico-paciente, la buena recolección de datos en la historia clínica y el interrogatorio, y aún en la evaluación de los comportamientos del individuo al momento del examen físico y en el resto de la consulta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para lograr los objetivos planteados se realizó una investigación de tipo descriptiva de corte transversal, consistente en el establecimiento de un análisis para determinar los factores socioeconómicos, relacionados con la enfermedad y la atención médica que favorecen la adherencia terapéutica en pacientes atendidos en la consulta externa del servicio de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera para el primer semestre del 2011. Para determinar el objetivo general y los específicos, se realizó un trabajo de campo, directamente de las fuentes primarias, comprendidas por la población en estudio, conformada por pacientes de la consulta externa del servicio de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera. La muestra fue de tipo no probabilística, conformada por 115 pacientes captados en el período de enero – junio 2011, que cumplieron con los criterios de inclusión: pacientes atendidos en el servicio de manera consecutiva, con historia clínica completa y laboratorio control menor de seis meses que reporte valores de linfocitos TCD4+ y Carga Viral; excluyéndose de la muestra a todos aquellos pacientes que acudían al servicio por vez primera y a pacientes que hayan sido encuestados con anterioridad y retornen al servicio, a su vez eran eliminados de la muestra todos aquellos pacientes que no desearon participar en la investigación, negándose a responder la encuesta.

La técnica de estudio fue el interrogatorio oral e individual, utilizando para la recolección de datos una encuesta en forma de cuestionario estructurado, por ser el más adecuado para obtener la información correspondiente. El instrumento consta de indicaciones para el llenado, datos generales del paciente donde se determina la edad, sexo y ocupación, seguidamente se encuentran los ítems de los factores asociados con la enfermedad, estando estructurados según las dimensiones e indicadores previamente operacionalizados y que en conjunto consta de preguntas cerradas con alternativas múltiples. Para evaluar el conocimiento del tratamiento referido por el paciente (horario del tratamiento, relación de la toma del medicamento con los alimentos, efectos secundarios, consecuencias de la toma incorrecta y del abandono completo) se elaboraron cinco ítems de respuestas dicotómicas y de acuerdo al número de preguntas respondidas afirmativamente se consideró un nivel de conocimiento bajo: 1 punto, nivel de conocimiento medio: 2 a 3 puntos y un nivel de conocimiento alto: 4 a 5 puntos. Posteriormente se encuentra el espacio destinado a reflejar los resultados del último laboratorio control del paciente que reporten carga viral y niveles de linfocitos TCD4+, siendo estos valores de gran importancia ya que se considera al paciente con adherencia terapéutica evaluable objetivamente, a aquel con cifras de linfocitos TCD4+ > 350.000 céls / mm³ y con carga viral indetectable ó < 50 copias / mL; los pacientes con valores de linfocitos TCD4+ < 350.000 céls. / mm³ y carga viral > 50 copias / mL fueron considerados no adherentes al tratamiento. En lo sucesivo se encuentra el instrumento Graffar Méndez-Castellano con la escala de estratos sociales y finalmente el consentimiento informado dónde el o la paciente

autoriza a los investigadores de manera voluntaria para utilizar la información proporcionada por el mismo.

La validez de construcción del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos, donde participaron profesionales dedicados al área de estudio en Infectología y otros en el área de Estadística, lo cual permitió los reajustes necesarios al instrumento. La confiabilidad de los ítems de respuestas dicotómicas del conocimiento referido por el paciente fue realizada por el análisis previo de 29 pruebas piloto, las cuales fueron analizadas por la escala Kuder Richardson, indicando un resultado de 0.61, demostrando su confiabilidad.

Previo a la recolección de datos se realizó la respectiva solicitud de autorizaciones por la directiva actual de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera y por los jefes de servicio correspondientes. La recolección de datos se realizó desde el 17 de enero hasta el 20 de junio de 2011, los lunes y viernes durante el turno matutino, el instrumento fue aplicado en un total de 115 pacientes, según los criterios de inclusión, exclusión y eliminación en el servicio de Infectología en un tiempo de 15 a 20 minutos por cada paciente.

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 17.0 para ambiente Windows. La información se presenta en tablas de asociación donde se muestran las variables en estudio en términos de los resultados obtenidos en la entrevista a los pacientes y en los laboratorios que confirman o no la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral. Para los análisis de asociación de las variables socioeconómicas, conocimiento y adherencia subjetiva con la adherencia terapéutica y objetiva, se utilizaron el test de Chi cuadrado (CHI2 (Yates)) con corrección de Yates y sin corrección (CHI2). Todos los test efectuados tienen como nivel de significación estadística un valor de error de azar de menos del 5% (P < 0,05).

Tabla 1

Determinación de la adherencia terapéutica de los pacientes con vih atendidos en el Servicio de Infectología.C.H.E.T. Valencia. Primer semestre del 2011.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA OBJETIVA		
	F	%
ADHERENTES	51	44,3
NO ADHERENTES	64	55,7
TOTAL	115	100

Fuente: Exámenes de laboratorio.

RESULTADOS

Se determinó primeramente que el 44,3% de los pacientes con VIH cumplían los parámetros de laboratorio para ser considerados adherentes a la

terapéutica de manera objetiva: linfocitos TCD4 (>350.000/mm³) y Carga Viral (<50 copias/mL) y el restante representado por el 55,7% no es adherente.

Tabla 2

Distribución de los pacientes con VIH atendidos según escala graffar y adherencia terapéutica objetiva C.H.E.T. Valencia. Primer semestre del 2011

VARIABLE	ADHERENCIA TERAPÉUTICA OBJETIVA				Significación Estadística
	SI		NO		
	III	IV – V	III	IV – V	
GRAFFAR	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	CHI2(Yates) = 19,046
(CLASE)	20 (39,2)	20 (39,2)	20 (39,2)	20 (39,2)	g.l. = 1
					P < 0,0001
TOTAL	51 (44,3)		64 (55,7)		

* Porcentajes en categorías en base al subtotal de pacientes por tipo de adherencia objetiva.

Fuente: Entrevista y exámenes de laboratorio.

Al analizar los resultados, se obtiene que la asociación del nivel socioeconómico según la escala de Graffar Méndez Castellano con la adherencia terapéutica objetiva, se encontró que resultó ser significativa (P < 0,0001). Se aprecia que en los pacientes que no cumplían con lo establecido en la adherencia terapéutica objetiva, hay un predominio de las clases socioeconómicas IV y V, al ser de 95,3%, muy superior al de los que si cumplían con la adherencia que son el 60,8%. En la clase socioeconómica III los pacientes adherentes representaron el 39,2% y los no adherentes sólo el 4,7%.

Tabla 3

Distribución de los pacientes con VIH atendidos según el tiempo de diagnóstico y adherencia terapéutica objetiva C.H.E.T. Valencia. Primer semestre del 2011

VARIABLE	ADHERENCIA TERAPÉUTICA OBJETIVA				Significación Estadística
	SI		NO		
	MENOS	UNO	MENOS	UNO	
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	DE UNO	O MÁS	DE UNO	O MÁS	CHI2 (Yates) = 2,935
(AÑOS)	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	g.l. = 1
	8 (15,7)	43 (84,3)	20 (31,3)	44 (68,8)	P < 0,087
TOTAL	51 (44,3)		64 (55,7)		

* Porcentajes en categorías en base al subtotal de pacientes por tipo de adherencia objetiva.

Fuente: Entrevista y exámenes de laboratorio.

Para el tiempo de diagnóstico del VIH se halló que el porcentaje de pacientes con uno o más años fue de 84,3% y con menos de un año el 15,7%, mientras que los que satisfacían la adherencia

terapéutica objetiva los porcentajes fueron 21,3% y 68,8%. Aunque no se halló asociación significativa, el error de azar resultó, casi cerca, ser significativo (P < 0,087).

Tabla 4

Distribución de los pacientes con VIH atendidos según la polimedicación y la adherencia terapéutica objetiva C.H.E.T. Valencia. Primer semestre del 2011.

VARIABLE	ADHERENCIA TERAPÉUTICA OBJETIVA				Significación Estadística
	SI		NO		
	MENOS DE CINCO	O MÁS	MENOS DE CINCO	O MÁS	
POLI-MEDICACIÓN	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	CHI2(Yates) = 0,097
(NÚMERO DE MEDICAMENTOS)	41 (80,4)	10 (19,6)	54 (84,4)	10 (15,6)	g.l. = 1
					P < 0,755
TOTAL	51 (44,3)		64 (55,7)		

* Porcentajes en categorías en base al subtotal de pacientes por tipo de adherencia objetiva. Fuente: Entrevista y exámenes de laboratorio.

La polimedicación en menos de cinco medicamentos, fue del 80,4% y de 84,4% en los que cumplían o no con la adherencia terapéutica objetiva respectivamente, y con cinco o más medicamentos 19,6% y 15,6% los adherentes y no adherentes respectivamente, dando como resultado la inexistencia de asociación significativa entre ambas variables (P < 0,755).

Tabla 5

Distribución de los pacientes con VIH atendidos según la información y la adherencia terapéutica objetiva C.H.E.T. Valencia. Primer semestre del 2011.

VARIABLE	ADHERENCIA TERAPÉUTICA OBJETIVA				Significación Estadística
	SI		NO		
	SI	NO	SI	NO	
INFORMACIÓN MÉDICA	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	CHI2(Yates) = 2,415
	45 (88,2)	6 (11,8)	48 (75,0)	16 (25,0)	g.l. = 1
					P < 0,120
TOTAL	51 (44,3)		64 (55,7)		

* Porcentajes en categorías en base al subtotal de pacientes por tipo de adherencia objetiva. Fuente: Entrevista y exámenes de laboratorio.

En relación al haber recibido o no información por parte del médico acerca del tratamiento antirretroviral, se encontró una cercana similitud porcentual en la distribución de los pacientes con adherencia terapéutica objetiva y los que no, pues para el primer caso de cumplimiento con el tratamiento los que recibieron este

Tabla 6

Distribución de los pacientes con VIH atendidos según el nivel de conocimiento referido y adherencia terapéutica objetiva c.H.E.T. Valencia. Primer semestre del 2011.

VARIABLE	ADHERENCIA TERAPÉUTICA OBJETIVA						Significación Estadística
	SI			NO			
	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO	
NIVEL DE CONOCIMIENTO REFERIDO	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	CHI2 = 33,125
	4 (7,9)	15 (29,4)	32 (62,7)	35 (54,7)	14 (21,9)	15 (3,4)	g.l. = 2
							P < 0,0001
TOTAL	51 (44,3)			64 (55,7)			

* Porcentajes en categorías en base al subtotal de pacientes por tipo de adherencia objetiva. Fuente: Entrevista y exámenes de laboratorio.

tipo de información fue 88,2% y los que no cumplían con el tratamiento indicado fueron el 75,0%. Por tal motivo, no fue hallada significación estadística ($P < 0,120$) en la asociación establecida.

Tabla 7

Distribución de los pacientes con VIH atendidos según la adherencia terapéutica subjetiva y adherencia terapéutica objetiva C.H.E.T. Valencia. Primer semestre del 2011

VARIABLE	ADHERENCIA TERAPÉUTICA OBJETIVA				Significación Estadística
	SI		NO		
	SI	NO	SI	NO	$\chi^2_{(Yates)} =$
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	25,457
	48 (94,1)	3 (5,9)	31 (48,4)	33 (51,6)	$g.l. = 1$
SUBJETIVA					$P < 0,0001$
TOTAL	51 (44,3)		64 (55,7)		

* Porcentajes en categorías en base al subtotal de pacientes por tipo de adherencia objetiva. Fuente: Entrevista y exámenes de laboratorio.

Se determinó una asociación significativa ($P < 0,0001$) entre el nivel de conocimiento establecido de acuerdo a la escala elaborada y la adhesión terapéutica objetiva. Se puede apreciar que en los niveles bajos fueron los porcentajes para los que cumplían de 7,9% y 54,7% en los que no cumplían el tratamiento, los niveles medios 29,4% y 21,9% (similares) y los niveles altos 62,7% 3,4% respectivamente. Lo que indica que el conocimiento referido por los pacientes se asocia significativamente a la adherencia terapéutica objetiva.

Tabla 8

Distribución de los pacientes con VIH atendidos según la adherencia terapéutica subjetiva y adherencia terapéutica objetiva C.H.E.T. Valencia. Primer semestre del 2011

VARIABLE	ADHERENCIA TERAPÉUTICA OBJETIVA				Significación Estadística
	SI		NO		
	NUTRICIÓN	PSIQUIATRÍA O PSICOLOGÍA	NUTRICIÓN	PSIQUIATRÍA O PSICOLOGÍA	$\chi^2_{(Yates)} =$
INTERCONSULTAS	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	13,752
	19 (37,3)	32 (62,7)	47 (73,4)	47 (26,6)	$g.l. = 1$
TOTAL	51 (44,3)		64 (55,7)		$P < 0,0001$

Fuente: Entrevista y exámenes de laboratorio.

En cuanto a la relación entre la adhesión terapéutica subjetiva y objetiva, se encontró una asociación muy significativa ($P < 0,0001$) entre estas, notándose que los pacientes que decían cumplir con el tratamiento coincidieron con la adhesión objetiva en 94,1%, mientras que los que dijeron también afirmativamente que lo hacían solo fueron el 48,8% del grupo que no cumplían con la adherencia terapéutica de tipo objetivo. De los pacientes que negaron ser adherentes al tratamiento representan el 51,6% aquellos que resultaron no adherentes de manera objetiva y sólo el 5,9% fue adherente.

En los que cumplían con la adhesión terapéutica y asistían a interconsulta con Psiquiatría o Psicología resultaron ser el 62,7%, porcentaje muy superior a los que no cumplían con el tratamiento indicado y asistía a este tipo de interconsulta (26,6%), pues predomina más la interconsulta de Nutrición (73,4%). La diferencia en la distribución de los pacientes en ambos tipos de cumplimiento resultó ser muy significativa ($P < 0,0001$), lo que implica la existencia de una asociación entre la adhesión terapéutica y la asistencia a la consulta de Psiquiatría o Psicología.

DISCUSIÓN

El tratamiento antirretroviral es imprescindible para una condición estable y una adecuada calidad de vida para el paciente, siendo el cumplimiento del mismo, un factor determinante que influye de manera directa en la eficacia del fármaco, por lo que la adherencia terapéutica debe representar uno de los parámetros fundamentales a tomar en cuenta en la práctica médica al momento de evaluar la evolución clínica del paciente.

En la investigación realizada se determinaron los factores que favorecen la adherencia al tratamiento que recibe el paciente y que están relacionados con el individuo, la enfermedad y la atención médica. Podemos inferir que los resultados obtenidos, a pesar de ser limitados, reflejan de forma confiable la situación actual de la adherencia terapéutica en los pacientes atendidos en el servicio de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera, ya que se evaluó una muestra representativa (115 pacientes) que corresponde alrededor del 30% de la población total. En cuanto a los hallazgos de gran importancia en la investigación, se obtuvo que del total de los pacientes incluidos en el estudio, el 44,3% resultaran ser adherentes al tratamiento prescrito, en comparación al 55,7% restante, estos valores fueron posteriormente relacionados con las diversas variables en estudio.

Entre las conclusiones realizadas por Dugarte (11) y Escobar (12) con respecto a la relación entre la adherencia y el estrato socioeconómico, los autores proponen que es un factor de suma importancia, ya que infieren, de acuerdo a los resultados de sus investigaciones, que un mejor nivel socioeconómico permite un mayor acceso a canales de información, que sirven como recurso para intelectualizar acerca de la condición de seropositividad, y mientras más precario sea la condición socioeconómica, menor calidad de vida en las áreas de salud, debido a que, a menor disponibilidad de información sobre su patología, mayor manejo de su situación en función a las creencias populares relacionadas con VIH, asumiendo entonces, que su condición no tiene remedio y que morirá más pronto de lo que esperaba, afectando así, de manera directa la adherencia terapéutica. En cuanto a los hallazgos de la presente investigación, en cuanto al nivel socioeconómico, se evidenció que existe un mayor porcentaje de adherencia en los pacientes pertenecientes al estrato III (clase media media) según la escala Graffar Méndez Castellano,

por lo que se infiere en base a los resultados, que las clases sociales media y alta favorecen a una adecuada adherencia terapéutica, en relación a las clases socioeconómicas más bajas que suelen ser en su mayoría menos adherentes. Estos resultados son afines con los obtenidos en otras investigaciones anteriores, reafirmando la importancia del factor socioeconómico al momento de evaluar la adherencia al tratamiento.

Con respecto a la asociación entre tiempo de diagnóstico y la adherencia terapéutica, Piña (9) expone dentro de los resultados de su investigación que los pacientes con menos de 55 meses con diagnóstico de VIH presentaban como predictores de adherencia terapéutica una sintomatología depresiva, mientras que el grupo con más de 55 meses se caracterizó por reflejar estrés vinculado con alta tolerancia a la frustración, por lo que propone que existe una relación crítica entre el tiempo de diagnóstico y el comportamiento del paciente con respecto a la adherencia. Se ha establecido, de acuerdo a los resultados de la actual investigación, que estos factores no se corresponden entre sí de manera determinante, ya que los resultados refieren que los pacientes con diagnóstico menor a un año son menos adherentes, pero aquellos que fueron diagnosticados hace un año o más no muestran diferencias significativas entre los adherentes y no adherentes. Es importante mencionar que los estudios consultados fueron realizados en otros países, por ende la población evaluada posee características diversas que difieren de la estudiada en la presente investigación, por lo que se comprende que los resultados concluyentes en dichas investigaciones no se correlacionen de forma significativa.

En cuanto a la polimedicación, Rodríguez (7) refiere que el aumento en el número de comprimidos se relaciona de forma estadísticamente significativa con la disminución en la adherencia de los pacientes, mientras que la disminución en el número de tomas diarias no tiene una relación que indique que produzca un aumento en la adherencia al tratamiento, existiendo así una relativa similitud con los datos obtenidos en la presente investigación hallándose que no existe una asociación estadísticamente representativa de la polimedicación con la adherencia terapéutica, ya que la mayoría de los pacientes refieren tomas en cantidad menor a cinco comprimidos al día, sin embargo, no se halló relación entre este factor y una adecuada adherencia, por lo cual se infiere, que para la población estudiada la polimedicación no es un factor que favorezca de manera determinante la adherencia.

Otro de los datos obtenidos, fue la opinión de los pacientes en cuanto a si se consideraban informados por parte del médico, a lo cual, la mayoría de los pacientes, representados por el 88,2%, respondieron de manera positiva, afirmando que sus médicos les daban amplia información con respecto a su tratamiento. Es importante recalcar que el 100% de los pacientes refirieron que es importante para ellos que el médico les explique todo lo relacionado con el tratamiento

que reciben, y al dar su opinión al respecto, algunos respondieron literalmente que: “es su deber porque ellos tienen un mejor conocimiento y pueden darnos a conocer muchas cosas”, “es importante poder conocer eso, porque no manejo mucho el tema”, “porque es mi derecho estar informada” y “porque normalmente no le entiendo la letra al médico y si no me explica no sabré tomarme los remedios”. Es de suma importancia en la adherencia terapéutica de estos pacientes tener una estrecha relación con el médico, que pueda estar informado lo hace sentirse parte activa en la toma de decisiones y evolución de su enfermedad, tal como lo refiere Herrera C.8, proponiendo que debido a la baja capacitación de los médicos en cuanto al VIH/SIDA y a la falta de comunicación entre éste y el paciente, se producen progresivamente problemas en la adherencia terapéutica.

En relación al nivel de conocimiento referido por los pacientes, en cuanto al horario de la toma del medicamento, relación de la toma del medicamento con los alimentos, efectos secundarios, consecuencias de la toma incorrecta y del abandono del tratamiento, se caracterizó por estar ubicados los pacientes, en su mayoría, en un nivel de conocimiento alto, encontrándose asociada la variable significativamente con la adherencia terapéutica reflejada de forma objetiva, por lo que a mayor nivel de conocimiento existe mayor adherencia al tratamiento, lo que ésta intrínsecamente relacionado con la información proporcionada con el médico durante la consulta, que corresponde efectivamente a la relación médico paciente mencionada con anterioridad y a la cual se debe prestar especial atención ya que se ha podido constatar, en este y otros estudios, como por ejemplo el de Herrera (10) y Escobar (12), que es un factor determinante en el que el médico juega un rol de motivador y al cual el paciente considera como una fuente confiable para obtener la información que necesita acerca de su tratamiento, lo cual favorece su adherencia a la prescripción.

En lo que corresponde a la asociación entre la adherencia terapéutica subjetiva y objetiva evaluada en los pacientes, se determinó que es representativa, ya que los pacientes que decían cumplir con el tratamiento coincidieron con la adherencia terapéutica objetiva en relación a aquellos que decían ser adherentes al tratamiento y no manifestaban adherencia objetiva. De forma comparativa se pudo determinar que en aquellos pacientes que dijeron no cumplir con el tratamiento se constató que no poseían una adherencia objetiva. La importancia de éstos resultados es que muestran que en la mayoría de los pacientes la adherencia puede ser evaluada a través de métodos indirectos¹², en este caso, a través de la entrevista al paciente o con un cuestionario estructurado, donde al realizarse las preguntas de manera adecuada, sencilla y a su vez existiendo confianza mutua entre el médico y el paciente, éste último puede manifestar de manera sincera y precisa la forma en la que se ha estado tomando la medicación.

Finalmente, en la determinación de la influencia que poseen las interconsultas de Nutrición y en especial Psiquiatría o Psicología a las que son referidos estos pacientes, Villa (10), Duarte (11) y Escobar (12) han referido que en la mayoría de los pacientes con VIH, el apoyo multidisciplinario, incluyendo el psicológico, le puede proporcionar un sentido de estabilidad, predicción y control, que lo lleva a sentirse mejor y a percibir de manera más positiva su ambiente, lo que a mediano y largo favorece la adherencia al tratamiento antirretroviral. En los resultados de esta investigación se halló que aquellos pacientes que asisten a interconsultas de Psiquiatría o Psicología muestran una mayor adherencia terapéutica en comparación a los pacientes que son referidos únicamente a la consulta de Nutrición. Por lo tanto se encontró una asociación estadísticamente significativa que, lo que mantiene la relación con aquellos estudios donde se afirma que el equipo asistencial debe ser multidisciplinario y donde la disciplina psicológica reviste gran importancia en la conformación del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Cumbre de las Naciones Unidas. Reunión plenaria de alto nivel de la Asamblea General. 20-22 de septiembre de 2010. Nueva York. Disponible en: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_FS_6_EN.pdf
- 2- Campos J, Salas H. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en Venezuela. Caracas. 2003 – 2004.
- 3- Instituto Nacional de Estadísticas: Cumpliendo las Metas del Milenio. Caracas. 2010.
- 4- Ministerio del Poder Popular para la Salud. Programa Nacional de SIDA/ITS. Caracas. 2010
- 5- Matos Y, Martín L, Bayarre H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Rev Cub Med Gen Int 2007; 23(1).
- 6- Fauci A, Lane H. Enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: SIDA y procesos relacionados. En: Braunwald E, Hauser S, Fauci A, Longo D, Kasper D, Jameson J, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª edición. Mc Graw Hill Interamericana; 2005. p. 1194-264.
- 7- Rodríguez G, Iranzu M, Berrocal M, Gómez M. Adherencia al tratamiento antirretroviral: repercusión del número de tomas diarias. Revista OFIL. 2007; 17(3).
- 8- Herrera C, Campero L, Caballero M, Kendall T. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. Rev Saúde Pública 2008; 42(2):249-55..
- 9- Piña J, Dávila M, Sánchez J, Cázares Ó, Togawa C, Corrales A. Efectos del tiempo de infección sobre predictores de adherencia en personas con VIH. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2009; 9(1).
- 10- .Villa I, Vinaccia S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico

de VIH-SIDA. Psicología y Salud 2006; 16(001).

11- Dugarte J, Oxford M. Estrategias de afrontamiento en pacientes seropositivos, calidad de vida y su relación con el estadiaje de esta patología. Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología 2008; 54 (110).

12- Escobar I, Knobel H, Polo R, Ortega L, Martín M, Casado J, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la Adherencia al tratamiento antirretroviral. Revista Farmacia Hospitalaria. 2004; 28(6).