

A

Adherencia a fármaco-terapia antirretroviral para el tratamiento del VIH/SIDA en la costa caribe colombiana

Mariela Suárez-Villa¹, Gloria Lastre-Amell², Jorge Rodríguez-López³, Laura Niebles Rada⁴, Stefany Rincón Navas⁵, María Rincón Britto⁶

¹Enfermera Magister en educación, investigador Asociado Universidad Simón Bolívar Barranquilla Colombia. Grupo Innovación Tecnología y Salud. Autor de correspondencia
Email: msuarez2@unisimonbolivar.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-3489-5450>

²Enfermera Magister en salud pública, investigador Junior Universidad Simón Bolívar Barranquilla Colombia Grupo Cuidado de Enfermería
Email: glastre@unisimonbolivar.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-8855-3931>

³Enfermero. Magister en Salud Pública. Docente investigador Universidad Simón Bolívar Barranquilla Grupo Cuidado de Enfermería Colombia.
Email: jrodriguez2@unisimonbolivar.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-7739-6029>

⁴Enfermera magister en auditoría. Email: lavanira@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-1767-8956>

⁵Microbióloga magister en auditoría. Email: stephanyrinconn@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9365-588X>

⁶Administradora de empresas magister en auditoría.
Email: marianrincon88@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-8096-2397>

Resumen

Objetivo: Determinar la adherencia a fármaco-terapia con antirretrovirales para el tratamiento VIH/SIDA en la Costa Caribe Colombiana.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, la muestra fueron 193 pacientes de ambos géneros, 18 años de edad o mayores, pertenecientes al programa, que cumplieron con 80% de asistencias, en tratamiento farmacológico antirretroviral con control y seguimiento; se aplicó test de Morisky para establecer adherencia, la información se analizó con medidas de tendencia central y gráficos pertinentes a cada variable.

Resultados: El 89% tuvieron menor oportunidad de estar adheridos al tratamiento farmacológico en mayor proporción son menores de 40 años, de estrato socioeconómico bajo, el fallo más frecuente en la adherencia fue la no toma del medicamento a tiempo por los pacientes.

Conclusión: Ante la no adherencia, es recomendable implementar mecanismos específicos para que el paciente conozca toda la información e instrucciones sobre tratamiento antirretroviral con el fin de controlar la infección, promover la calidad de vida y disminuir el impacto social.

Palabras Clave: VIH, SIDA, Adherencia, Antirretroviral, Tratamiento. (DeCS)

Abstract

Objective: To determine the adherence to drug-therapy with antiretrovirals for HIV / AIDS treatment in the Colombian Caribbean Coast.

Materials and methods: Cross-sectional descriptive study. The sample consisted of 193 patients of both genders of 18 years of age or older belonging to the program who fulfilled 80% of attendance in antiretroviral pharmacological treatment with control and follow-up. The Morisky test was applied to establish adherence. The information was analyzed with central tendency measurements and the relevant graphs to each variable.

Results: 89% of patients had less opportunity to be adhered to the pharmacological treatment, who where in a large proportion under 40 years of age, of low socioeconomic status, the most frequent failure in adherence was the failure to take the medication on time by the patients.

Conclusion: Given the lack of adherence, it is recommended to implement specific mechanisms so that the patient knows all the information and instructions on antiretroviral treatment in order to control the infection, promote the quality of life and reduce the social impact.

Keywords: HIV, AIDS, Adherence, Antiretroviral, Treatment

El VIH, sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial, presentándose más de 35 millones de muertes, para finales del 2016 se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones; por lo que la adherencia al tratamiento antirretroviral se ha convertido en una situación de interés, debido a las repercusiones que ocasiona en los pacientes, involucrando muchos aspectos como limitantes en el cumplimiento de prescripciones médicas, asociada con la presentación del fármaco, la dosis, efectos adversos, cooperación y adherencia terapéutica; por consiguiente, esta adherencia al tratamiento implica múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que requiere un alto nivel de cumplimiento^{1,2,3}.

Según ONUSIDA en el 2012, se dieron 2,3 millones de nuevas infecciones por el VIH, y 9,7 millones de personas tuvieron acceso a la terapia antirretrovírica en los países de ingresos medios y bajos⁴. Ante esta problemática el éxito del control del VIH/sida está asociado con la adherencia al tratamiento antirretroviral y no depende exclusivamente de aspectos farmacológicos sino que además requiere de la adhesión a múltiples aspectos no farmacológicos relacionados con cambios en estilos de vida que aumentan la eficacia del tratamiento y disminuyen la posibilidad de resistencia a los medicamentos⁵.

La adherencia se refiere al cumplimiento de las indicaciones del equipo de salud, respecto a tomar adecuadamente los medicamentos de acuerdo con dosificación prescrita, involucra recomendaciones y cuidados, e implica la toma de los medicamentos en cantidades adecuadas, a tiempo, y cumplir mínimo con el 95% de las dosis al mes; igualmente se ve afectada por la oportunidad, continuidad, accesibilidad al tratamiento, confidencialidad y no discriminación, y atención integral. Una adherencia del 95% significa que el paciente no puede olvidar o tomar tardíamente, más de 5 pastillas por mes, o dosis tomadas apropiadamente, pastillas olvidadas o tomadas a destiempo^{6,7}.

Así mismo; la impuntualidad y no cumplimiento de citas, prescripciones; como lo evidencia Goenaga⁸ donde las personas no tenían recursos para transportarse, los medicamentos los compartían con sus allegados, vendían o intercambiaban medicamentos con otras personas que querían pasar de incógnito, ocasionando que por cada 10% que disminuye la adherencia, se incrementa la mortalidad en un 16% .

Según Mejía⁹, en Guatemala en los factores relacionados con la enfermedad los pacientes desconocen la diferencia entre VIH y SIDA, olvidan tomar el medicamento reconociendo que la adherencia depende de las intenciones que tengan de cumplir la Terapia Antirretroviral (TARV) la cual cuando se lleva adecuadamente produce una reducción

de mortalidad por SIDA¹⁰. En Chile, los problemas de adhesión al TARV, motivaron el planteamiento de estrategias para el fortalecimiento del abordaje terapéutico, mejorar la comunicación proveedor- paciente¹¹.

En Colombia en la Resolución 2338 del 2013 del Ministerio de Protección Social se compromete con ONUSIDA a mantener la prevalencia del VIH/SIDA en 1% y a la mejora paulatina en el acceso al tratamiento en las personas que padecen dicha enfermedad¹². La adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/Sida es un proceso dinámico, influido por múltiples factores que deben ser tomados en consideración como elementos predictores de adherencia; según GESIDA/SEFH/PNS estos han sido clasificados en cuatro categorías a saber; las relacionadas con el paciente, con la enfermedad, con los fármacos prescritos o régimen terapéutico y el sistema de salud, los cuales son importantes para la mejora del paciente, siendo primordial el compromiso ante el tratamiento y los estilos de vida para un adecuado afrontamiento de la enfermedad y evitar altas tasas de mortalidad que año tras año se evidencian en el mundo^{13,14}.

De acuerdo con lo anterior, el objetivo del estudio fue determinar la adherencia a la fármaco-terapia con antirretrovirales para el tratamiento del VIH/SIDA en la Costa Caribe Colombiana.

Materiales y métodos

Se desarrolló un estudio descriptivo transversal, la muestra fueron 193 pacientes con VIH-SIDA de una IPS de la ciudad de Santa Marta durante los meses de enero a diciembre del 2016, como criterios de inclusión: Pacientes de ambos géneros, de 18 años de edad o mayores, pertenecientes al programa y que cumplieron con 80% de asistencias, con TARV que lleven su control y seguimiento; se excluyeron pacientes con trastornos psiquiátricos. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario conformado por 3 ítems en los que se evaluó tres factores.

El primer factor: Condiciones del paciente que se refirió a las características sociodemográficas y cognitivas del paciente. El segundo factor: Régimen terapéutico, que involucra aspectos como características del VIH/SIDA del régimen terapéutico, incluyendo implicaciones en el estilo de vida. El tercer factor: Sistema de salud, relacionados con el acceso a los servicios de salud, características de la institución, afiliación al sistema de salud, dificultades para recibir el tratamiento, asignación de citas, laboratorio del control y seguimiento por especialista, transportarse al centro de salud, oportunidad, accesibilidad, pertinencia, continuidad en el tratamiento, utilizando la escala de Likert.

A nivel teórico, el cuestionario de adherencia, abordó indicadores de conductas que incluyó toma de medicaciones antirretrovirales, horarios y dosis, asistencia a citas y exámenes médicos; realización de ejercicio físico, alimentación saludable, manejo de las emociones que interfieren en el estado inmunológico, el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, el uso de métodos para prevenir el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, el cuidado de sí mismo, las barreras que tiene el paciente con el sistema de salud, en la programación de citas, controles y seguimientos, accesibilidad y oportunidad al momento de la entrega del medicamento por parte de la Institución Prestadora de Salud. Todos estos aspectos hacen parte del tratamiento integral que necesitan en general los pacientes con VIH-SIDA.

Para validar el instrumento se utilizó el α -Cronbach el cual buscó la consistencia interna que refirió las correlaciones entre los ítems (relación empírica) y homogeneidad referida en la unidimensionalidad (relación lógica, conceptual) de un conjunto de ítems que expresan el mismo rasgo. (ecuación1)

$$\alpha_{Cronbach} = \frac{n}{n-1} * \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

Ecuación 1 Formula de Alpha de Cronbachs

Para realizar este procedimiento se tomaron 10 pacientes al azar y se registraron las respuestas en una matriz de relación creada en Excel reemplazando los valores obtenidos en la formula, se obtuvo la (ecuación 2)

$$\alpha_{Cronbach} = \frac{16}{16-1} * \left(1 - \frac{\sum 12,20^2}{38,04} \right) = 0,72 \equiv 72\%$$

Ecuación 2 Reemplazando valores en la Formula de Alpha de Cronbachs

Quedando el instrumento con una validez empírica de 72%, para efectos del trabajo se puede utilizar. Por definición el $\alpha_{Cronbach}$ para los instrumentos de más de tres niveles debe ser lo más próximo a uno, sin embargo, para este caso particular de acuerdo a Baker & Mudge¹⁵ la confianza estimada para instrumento de medición y precepción puede estar entre el 60 y 80% y aun así ser fiable.

En el análisis de los datos de la población socio-demográficamente se realizaron medida de tendencia central y gráficos. Para establecer la adherencia a los resultados el Test de Morisky –Green (16) el cual averigua en el paciente 4 preguntas clave 1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? El paciente es considerado como adherente si responde de forma correcta a las 4 preguntas; se calculó el porcentaje y se graficó de acuerdo a las variables de agrupación. Para establecer los factores determinantes para la Adherencia y NO Adherencia se utilizó la Prueba de Análisis Multivariado de componentes principales. Las pruebas estadísticas fueron realizadas en SPSS y R-CRAN.

El estudio cumplió con los aspectos éticos contemplados en la Resolución 8430 de 1993¹⁷ del Ministerio de Salud, clasificándola como investigación con riesgo mínimo. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y se garantizó la total confidencialidad.

Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con VIH-SIDA de una IPS de la Costa Caribe Colombiana

Distribución por Sexo y Rango Etéreo			
Rango Etéreo	Mujer	Hombre	TOTAL
Adulto Joven [18 - 25 años]	8 [8,79%]	7 [6,86%]	15 [7,77%]
Adulto [26 - 35 años]	35 [38,46%]	26 [25,49%]	61 [31,61%]
Adulto Maduro [36 - 65 años]	47 [51,65%]	68 [66,67%]	115 [59,59%]
Adulto Mayor [> 65 años]	1 [1,10%]	1 [0,98%]	2 [1,04%]
Total	91 [100%]	102 [100%]	193 [100%]
Distribución por Sexo y Estrato-			
Estrato 01	24 [26,37%]	22 [21,57%]	46 [23,83%]
Estrato 02	52 [57,14%]	51 [50%]	103 [53,37%]
Estrato 03	12 [13,19%]	24 [23,53%]	36 [18,65%]
Estrato 04	1 [1,10%]	2 [1,96%]	3 [1,55%]
NR/NS	2 [2,20%]	3 [2,94%]	5 [2,59%]
Distribución por Sexo y Estado Civil			
Soltero	9 [9,89%]	33 [32,35%]	42 [21,76%]
Casado / Unión Libre	64 [70,33%]	44 [43,14%]	108 [55,96%]
Separado / Divorciado	17 [18,68%]	20 [19,61%]	37 [19,17%]
Viudo	1 [1,10%]	5 [4,9%]	6 [3,11%]
Distribución por sexo y grado de estudios			
Sin Estudios de Primaria	5 [5,49%]	9 [8,82%]	14 [7,25%]
Primaria Completa	30 [32,97%]	29 [28,43%]	59 [30,57%]
Bachillerato Completo	31 [34,07%]	16 [15,69%]	47 [24,35%]
Técnico / Tecnólogo	22 [24,18%]	34 [33,33%]	56 [29,02%]
Pregado	3 [3,30%]	12 [11,76%]	15 [7,77%]
Pos Grado	0 [0,00%]	2 [1,96%]	2 [1,04%]
Distribución por sexo y Ocupación			
Ocupación	Mujer	Hombre	TOTAL
Hogar	45 [49,45%]	8 [7,84%]	53 [27,46%]
Independiente	26 [28,57%]	33 [32,35%]	59 [30,57%]
Empleado	14 [15,38%]	44 [43,14%]	58 [30,05%]
Desempleado	6 [6,59%]	15 [14,71%]	21 [10,88%]
ND	0 [0,00%]	2 [1,96%]	2 [1,04%]
Nivel de Ingreso			
Nivel de Ingreso	Mujer	Hombre	TOTAL
Menos de un salario mínimo legal vigente	62 [68,13%]	58 [56,86%]	120 [62,18%]
Entre Uno y dos salarios mínimos legales vigentes	27 [29,67%]	34 [33,33%]	61 [31,61%]
Más de dos salarios mínimos legales vigentes	2 [2,20%]	10 [9,8%]	12 [6,22%]

Fuente: Datos obtenidos con aplicación instrumento en el estudio

Según características socio demográficas, la Tabla 1 muestra, que el 43 % eran mujeres, la edad promedio fue de 38±10 años, para los hombre 42±10 años. No se encontró diferencia significativa entre los promedios de edades entre hombres y mujeres (p-valor > 0.05). Así mismo la mayor población se encuentran entre 36 y 65 años de

edad de hombres y mujeres representados en un 66.67% y 51.65 % respectivamente.

El 77% de las personas son de bajo nivel de ingreso, de este el 53% fueron del estrato 2. No se encontró diferencia entre las proporciones de los géneros (p-valor > 0.05), nivel de confianza del 95%. El 56% de las personas manifestaron tener pareja estable, de estos mayoritariamente fueron mujeres (p-valor < 0.05). Se encontró diferencia significativa entre los sexos para el estado civil soltero (p-valor < 0.05), diferencia marcada para los hombres. Es de observar que el 45% de las personas, se encuentran solas. Aunque no se define el porqué, esto es algo que llama la atención, en especial para este tipo de población que requiere apoyo constante.

El 62% terminaron el ciclo de educación básica, el 61% manifestaron tener una fuente de ingresos estable, sea en la modalidad de trabajador Independiente 31% o empleado 30%, observándose una mayor empleabilidad en los hombres (43%) que en las mujeres (p-valor < 0.05), el 49% de las mujeres manifestaron ocuparse de las labores del hogar, y el 62% de las personas sobreviven con menos de un salario mínimo legal vigente.

Tabla 2. Régimen terapéutico de pacientes con VIH-SIDA de una IPS de la Costa Caribe Colombiana			
Consumo de Medicamentos Anti Retrovirales			
Tratamiento	Mujer	Hombre	TOTAL
Sí	90 [98,90%]	100 [98,04%]	190 [98,45%]
No	1 [1,10%]	2 [1,96%]	3 [1,55%]
TOTAL	91 [100%]	102 [100%]	193 [100%]
Tiempo de Tratamiento por sexo			
1 - 36 meses	39 [42,86%]	50 [49,02%]	89 [46,11%]
37 - 72 meses	19 [20,88%]	28 [27,45%]	47 [24,35%]
73 - 108 meses	17 [18,68%]	9 [8,82%]	26 [13,47%]
109 - 144 meses	15 [16,48%]	8 [7,84%]	23 [11,92%]
+ 144 meses	1 [1,10%]	7 [6,86%]	8 [4,15%]
TOTAL	91 [100%]	102 [100%]	193 [100%]
Distribución Global de Adherencia por sexo Morisky Green			
Tiempo Tratamiento	Mujer	Hombre	TOTAL
Adherente	10 [10,99%]	13 [12,75%]	23 [11,92%]
No Adherente	81 [89,01%]	89 [87,25%]	170 [88,08%]
TOTAL	91 [100%]	102 [100%]	193 [100%]

Fuente: Datos obtenidos con aplicación instrumento en el estudio.

La tabla 2 muestra el régimen terapéutico evidenciando que el 98% de los pacientes se encontraban bajo tratamiento activo con antiretrovirales, el 70% tenían menos de 5 años en tratamiento, y un 18% sobrepasaba los nueve años de tratamiento.

Al aplicar el Test de Morisky-Green¹⁶, solo el 11% evidenció tener una correcta adherencia. El 89% fallo por lo menos a un ítem, siendo este el número 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?, el cual fue el más marcado por aquellos pacientes No Adherentes. La proporción entre pacientes Adherentes y No Adherentes por Sexo, no se encontró diferencias entre los mismos, manteniéndose relaciones porcentuales similares a ambos sexos.

Tabla 3. Factores de Riesgo a la NO Adherencia de pacientes con VIH-SIDA de una IPS de la Costa Caribe Colombiana						
	Nunca	Pocas veces	A veces	Casi siempre	Siempre	TOTAL
Dosis Medicamentos	-	4 [17%]	7 [30%]	4 [17%]	8 [35%]	23 [100%]
Asiste control	-	2 [9%]	7 [30%]	8 [35%]	6 [26%]	23 [100%]
Examen laboratorio	-	-	5 [22%]	4 [17%]	14 [61%]	23 [100%]
Alimentación saludable	9 [39%]	7 [30%]	2 [9%]	3 [13%]	2 [9%]	23 [100%]
Actitud anímica	5 [22%]	5 [22%]	6 [26%]	4 [17%]	3 [13%]	23 [100%]
Bebida saludable	6 [26%]	2 [9%]	6 [26%]	3 [13%]	6 [26%]	23 [100%]
Fuma	16 [70%]	1 [4%]	2 [9%]	1 [4%]	3 [13%]	23 [100%]
Alucinógenos	20 [87%]	-	-	1 [4%]	2 [9%]	23 [100%]
Régimen salud	1 [4%]	-	-	22 [96%]	-	23 [100%]
At Espec	13 [57%]	8 [35%]	2 [9%]	-	-	23 [100%]
Dificultad servicio	6 [26%]	7 [30%]	5 [22%]	4 [17%]	1 [4%]	23 [100%]
Dificultad entrega	18 [78%]	5 [22%]	-	-	-	23 [100%]
Tramites adm EPS	21 [91%]	2 [9%]	-	-	-	23 [100%]

Fuente: Datos obtenidos con aplicación instrumento en el estudio.

La tabla 3 muestra en los 23 pacientes adherentes algunos factores evaluados. Las pruebas convencionales para determinar factores no indicaron una fuerte correlación entre la adherencia y alguno de los factores enunciados en la encuesta, salvo estado de ánimo y alimentación saludable, fueron los factores que predispusieron la adherencia, estos tres factores la prueba de Chi2 fue significativa (p-valor < 0.05). El análisis de Componentes Principales mostró que prácticamente ningún factor predisponía sobre otro y la mayoría se encontraban en ambos grupos (Adherentes y NO Adherentes).

JC2571_AIDS_by_the_numbers_es.pdf

5. Vilató Frómata L, Martín Alfonso L, Pérez Nariño I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41(4):620-630
6. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Cuidar De Mí Es Cuidar De Ti*, Guía de prevención secundaria y ruta de derechos, para personas que viven con VIH/SIDA. Bogotá D.C. 2012.
7. Arrivillaga-Quintero M. Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres Colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud pública de México*. 2010; 52:350-356.
8. Goénaga, N. Evaluación de la adherencia al tratamiento en personas con VIH/ Sida. *Memorias: revista de investigaciones de la Universidad Cooperativa de Colombia*, 2007, (10): 4-10.
9. Mejía CV, Unidad de Atención Integral VIH/Sida Clínica de Enfermedades Infecciosas Hospital Roosevelt. *Revista Científica*. 2015; 04 (07)120-130.
10. Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Silverman-Retana O, Contreras-Loya D, Romero-Martínez M, Magis-Rodríguez C, Uribe-Zúñiga P, Lozano R. Exploración del rol de la oferta de servicios para explicar la variación de la mortalidad por sida en México. *Salud pública de México*. 2015; 57(2):s153-s162.
11. Varela M, Galdames S. Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo Chile. *Rev Chilena infecto*. 2014; 31(3): 323-328.
12. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2338 de 2013 del 23 de junio. Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual-ITS y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS. Bogotá: El Ministerio; 2013.
13. Hernando Knobel F, Polo Rodríguez R, Escobar Rodríguez I. *GESIDA/SEFH/PNS. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS Para Mejorar La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral*. Madrid: Consejo Asesor de la Secretaría Plan Nacional sobre el Sida; Junio 2008.
14. Villacres-García F, Ruiz del Valle D, Ochoa-Loor J. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital "Martín Icaza" Dom. *Cien*. 2017; 3(2): 849-865
15. Baker F, Mudge, J. Making statistical significance more significant Significance. *Significance*. 9 (3): 29-30, June 2012
16. Rodríguez Chamorro M, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria* 2008;40:413-8 - DOI: 10.1157/13125407
17. Colombia. Ministerio de protección social. Resolución 008430 DE 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.
18. Documento de consenso de Gesida/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enero 2016.
19. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia Colombia. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) mediante el acuerdo 245 de 2003. Bogotá: El Ministerio; 2003.
20. Varela M. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev. salud pública*. 17 (4): 528-540, 2015.
21. Organización Panamericana de la Salud. *Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica*. Área de salud familiar y comunitaria proyecto VIH/SIDA. Washington, D. C.: OPS, 2011.
22. Varela Arévalo M, Salazar Torres I, Correa Sánchez D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*. 2008;11(2):101-113.
23. Varela Arévalo M, Gómez Gutiérrez O, Mueses Maríán H, Galindo Quintero J, Tello Bolívar I. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2013; 29 (1): 83-95
24. Gómez M, Olaya P, Díaz F. Resistencia a los medicamentos antirretrovirales en pacientes que reciben tratamiento para VIH-sida en Colombia. *Infect*. 2010; 14(4): 248-256.

Manuel Velasco (Venezuela) **Editor en Jefe** - Felipe Alberto Espino Comercialización y Producción
Reg Registrada en los siguientes índices y bases de datos:

SCOPUS, EMBASE, Compendex, GEOBASE, EMBiology, Elsevier BIOBASE, FLUIDEX, World Textiles,

OPEN JOURNAL SYSTEMS (OJS), REDALYC (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal),

Google Scholar

LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

LIVECS (Literatura Venezolana para la Ciencias de la Salud), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

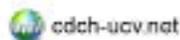
PERIÓDICA (Índices de Revistas Latinoamericanas en Ciencias), REVENCYT (Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de Ciencias y Tecnología)

SABER UCV, DRJI (Directory of Research Journal Indexing)

CLaCaLIA (Conocimiento Latinoamericano y Caribeño de Libre Acceso), EBSCO Publishing, PROQUEST



Esta Revista se publica bajo el auspicio del
Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico
Universidad Central de Venezuela.



www.revistahipertension.com.ve

www.revistadiabetes.com.ve

www.revistasindrome.com.ve

www.revistaavft.com.ve