



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POST - GRADO
POSTGRADO DE INFECTOLOGIA



**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES
DEPRIMIDOS QUE VIVEN CON HIV/SIDA**

AUTOR: DRA. ADILEN VARGAS

TUTOR: DRA. ISABEL DIAZ

VALENCIA, OCTUBRE DE 2013.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POST - GRADO
POSTGRADO DE INFECTOLOGIA



**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES
DEPRIMIDOS QUE VIVEN CON HIV/SIDA**

AUTOR: DRA. ADILEN VARGAS

TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN PRESENTADO ANTE EL AREA DE
POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA OPTAR AL
TITULO DE INFECTOLOGÍA

VALENCIA, Octubre de 2013.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES DEPRIMIDOS QUE VIVEN CON HIV/SIDA

Autor: Vargas, Adilén

Fecha: Octubre 2013

Resumen

Antecedentes: La adherencia al Tratamiento antirretroviral (TAR) juega una pieza clave en el éxito del tratamiento para el VIH que incluye supresión adecuada de la replicación viral, tasas más bajas de resistencia de la terapia para VIH, progresión más lenta de la enfermedad, disminución de la mortalidad asociada al SIDA y reducción de la tasa de transmisión de VIH. La asociación entre infección por VIH y trastornos neuropsiquiátricos, se observa con bastante frecuencia, lo que representa además un factor de riesgo de infección por el VIH e incrementa la morbilidad asociada al mismo, por la dificultad para cumplir el TAR.

Objetivo: Correlacionar la depresión con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con HIV/SIDA en la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera".

Diseño y Nivel de la Investigación: diseño de campo de tipo no experimental, transversal.

Material y Método: Se estudiaron 22 pacientes con edades entre 22 y 82 años de ambos sexos con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, que recibían tratamiento antirretroviral; sin co-infección oportunista ni hepatitis virales; que negaron consumo de drogas, alcohol o psicotrópicos; y se les realizó Test de Depresión de Hamilton y se les aplicó el cuestionario de Adherencia de SMAQ. Se evaluaron los valores actuales de linfocitos CD4+ y carga viral del VIH, así como también el tratamiento antirretroviral indicado.

Resultados: De los 22 pacientes estudiados 27.3% presentaron depresión moderada, 9.1% depresión grave y 63.6% no estaban deprimidos. Apenas el 54.5% presentó adherencia al tratamiento antirretroviral y estos mostraron mayores niveles de linfocitos TCD4+ (452.7 ± 237.72) vs los no adheridos (267.83 ± 168.19). Así mismo, los pacientes deprimidos mostraron niveles de linfocitos TCD4+ más bajos (242.62 ± 195.32) que los no deprimidos (414.28 ± 149.07). Los pacientes adheridos al tratamiento tuvo un nivel de Carga Viral de $134,5 \pm 200,86$ mientras que los no adheridos $511,08 \pm 837,97$. Según la presencia de depresión, los pacientes con depresión ausente tuvieron un valor de carga viral de $163,71 \pm 239,05$ en contraste con los deprimidos $705,12 \pm 983$.

Conclusión: No se apreció relación alguna entre depresión y adherencia. A mayor adherencia se evidencia conteo más alto de linfocitos TCD4+, así como en los pacientes no deprimidos. No hubo cambio significativo en la carga viral con respecto a la presencia de depresión y a la adherencia.

ADHERENCE TO ART IN DEPRESSED PATIENTS LIVING WITH HIV / AIDS

Author: Vargas, Adilén

Date: October 2013

Summary

Background: Adherence to antiretroviral therapy (ART) plays a key role in the success of HIV treatment that includes adequate suppression of viral replication, lower rates of resistance to HIV therapy, slower progression of the disease, decreased mortality associated with AIDS and reducing the rate of HIV transmission. The association between HIV infection and neuropsychiatric disorders, is observed quite frequently, which is also a risk factor for HIV infection and increases the morbidity associated with it, by the difficulty in meeting the ART.

Objective: To correlate depression with adherence to antiretroviral therapy in patients living with HIV / AIDS in the City Hospital "Dr. Enrique Tejera".

Design and Research: design non-experimental field, transversal.

Results: Of the 22 patients studied, 27.3% had moderate depression, major depression 9.1% and 63.6% were not depressed. Just 54.5% showed adherence to antiretroviral therapy and these showed higher levels of T CD4 + lymphocytes (452.7 ± 237.72) vs. non-adherent (267.83 ± 168.19). Moreover, depressed patients showed CD4 + lymphocyte levels lower (242.62 ± 195.32) than non-depressed (414.28 ± 149.07). The patients adhered to treatment had a viral load level of 134.5 ± 200.86 while 511.08 ± 837.97 unbonded. Based on the presence of depression, patients with depression absent were viral load value 163.71 ± 239.05 in contrast to the depressed 705.12 ± 983 .

Conclusion: No significant relationship between depression and adherence. The greater adhesion is evidenced highest count of T CD4 + lymphocytes as well as in non-depressed patients. No significant change in viral load with respect to the presence of depression and adhesion.

INDICE GENERAL.

Introducción	01
Material y Método	07
Resultados	09
Discusión	12
Conclusiones y Recomendaciones	14
Bibliografía	15
Anexos	18

ÍNDICE DE TABLAS Y ANEXOS

Tabla N° 01: Caracterización de la muestra estudiada según Edad y sexo	19
Tabla N° 02: Pacientes distribuidos según grado de depresión	20
Tabla N° 03: Pacientes distribuidos según presencia de adherencia	21
Tabla N° 04: Pacientes distribuidos según niveles de linfocitos TCD4+ y grado de depresión	22
Tabla N° 05: Pacientes distribuidos según carga viral y grado de Depresión	23
Anexo N° 01: Cuestionario Adherencia SMAQ	24
Anexo N° 02: Test de depresión de Hamilton	25
Anexo N° 03: Consentimiento Informado	26

INTRODUCCION:

En 2005, la epidemia de VIH/SIDA se cobró la vida de más de tres millones de personas, y se estima que cinco millones se infectaron por el VIH con lo que la cifra de personas que vivían con el virus en todo el mundo se elevó a 40 millones (1).

En estos últimos años se han producido grandes avances en el campo de la terapia antirretroviral. La consecuencia ha sido una reducción en la progresión de la enfermedad, una mejoría en la supervivencia y una disminución en el número de infecciones oportunistas así como de ingresos hospitalarios de los pacientes con infección por el Virus De Inmunodeficiencia Humana (HIV) (2,3). El objetivo de la terapia antirretroviral es la supresión profunda y duradera de la replicación viral (4). Existen numerosos factores que pueden tener una influencia negativa en la consecución de los objetivos deseados, como son el estadio clínico, la cepa viral infectante, la historia de tratamientos previos, la viremia basal y problemas farmacocinéticos, pero entre ellos, cabe destacar por su importancia, la adherencia incorrecta al tratamiento (5,6), que aunque no existe una definición universalmente aceptada, se propone la siguiente para los pacientes con infección por VIH: “adherencia es la capacidad del paciente

de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral (TAR), que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral” (7,8). La adherencia al TAR desempeña un papel fundamental en la decisión de iniciar tratamiento y es determinante para la duración de la respuesta virológica, habiéndose demostrado que la falta de cumplimiento es la principal causa de fracaso terapéutico (9). Por lo tanto, la adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas. La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo. (7, 8)

La adherencia terapéutica constituye un potente predictor de respuesta tanto en el contexto de ensayos clínicos como en estudios de cohortes (5,6). Por este papel trascendental, se ha calificado a la falta de adherencia como el “talón de Aquiles” de la terapia antirretroviral (10).

La adherencia al TAR juega una pieza clave en el éxito del tratamiento para el VIH que incluye supresión adecuada de la replicación viral, tasas más

bajas de resistencia para la terapia para VIH, progresión más lenta de la enfermedad, disminución de la mortalidad asociada al SIDA y reducción de la tasa de transmisión de VIH (11). La falta de adherencia se correlaciona positivamente con el aumento en el número de hospitalizaciones, la evolución a SIDA y la mortalidad del paciente con infección por VIH, siendo además por su elevado costo una causa de ineficiencia de los recursos públicos (3,9).

Existe un número elevado de factores que pueden influir en la falta de adherencia: los asociados al paciente (creencias y actitudes frente al VIH/SIDA y al TAR), los relacionados con la medicación (tanto en la sistematización de tomas como en los efectos adversos que pueden producir), los asociados a factores psicológicos, a factores socioeconómicos (falta de apoyo social y/o familiar, escasos recursos), al grado de conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, uso y/o abuso de sustancias ilícitas y/o alcohol, y comorbilidad psiquiátrica. El tratamiento de la infección por el VIH presenta todos los factores que dificultan la adherencia, por lo cual, alcanzar el objetivo de un cumplimiento óptimo representa un auténtico desafío para el paciente y para el personal sanitario (9, 12, 13).

Situaciones como el stress, la depresión y la baja motivación para seguir el tratamiento indicado, deben descartarse y abordarse antes del inicio del TAR. La asociación entre infección por VIH y trastornos

neuropsiquiátricos, se observa con bastante frecuencia, lo que representa además un factor de riesgo de infección por el VIH e incrementa la morbilidad asociada al mismo, por la dificultad para cumplir el TAR. En los Estados Unidos hay un 36% de prevalencia de depresión y 16% de trastornos de ansiedad en hombres y mujeres infectados con VIH, y desordenes tipo depresión mayor ocurren casi 2 veces más en personas con VIH en comparación con personas no infectadas (14); lo que destaca la necesidad de detectar y tratar de una manera eficaz, los trastornos psiquiátricos de las personas que tengan VIH y depresión (9, 15).

La depresión hace referencia a un conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida (16). Casi el 85% de los individuos infectados por HIV exhiben algún síntoma de depresión durante el curso de su enfermedad. El diagnóstico de depresión en la enfermedad por HIV puede ser complicado por factores como: tristeza apropiada en relación con una enfermedad que amenaza la vida, aflicción aguda y duelos múltiples, u otras reacciones psicológicas (17). En la evolución de los pacientes seropositivos pueden presentarse síntomas propios de la depresión mental y estos pueden confundir el cuadro en los estadios avanzados. Teniendo un 50% de posibilidades de desarrollar un cuadro de depresión comparando con

personas no infectadas. Las mujeres HIV positivas duplican las posibilidades de deprimirse, en comparación a los varones. Cuando un paciente con HIV bajo tratamiento con drogas antirretrovirales se deprime tiene alto riesgo de perder adherencia a los medicamentos contra el sida. Entonces, las personas con HIV, en cualquier estadio de la infección, son más vulnerables a sufrir de depresión. En algunos casos, los fármacos antirretrovirales pueden contribuir al síndrome depresivo, por ejemplo: los inhibidores de la proteasa y el Efavirenz. (18)

Esta investigación determina la relación existente entre la sintomatología depresiva y la adhesión al tratamiento antirretroviral en un grupo de adultos con diagnóstico de seropositividad, Considerando que estas variables son determinantes en el manejo de esta patología dado que impactan claramente en el funcionamiento inmunológico del paciente y con la evolución de la enfermedad.

Finalmente, es así como este estudio se estableció como objetivo general Correlacionar la depresión con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con HIV/SIDA en la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, tomando en cuenta que para alcanzar este objetivo es importante también evaluar el grado de depresión y la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes deprimidos y no deprimidos que viven con HIV/SIDA, relacionar la depresión con la adherencia al tratamiento

antirretroviral, relacionar la adherencia al tratamiento antirretroviral con los linfocitos CD4+ y la carga viral, relacionar la depresión con los niveles de los linfocitos CD4+ y la carga viral en pacientes que viven con HIV/SIDA deprimidos. De esta manera si se logra diagnosticar la depresión del paciente, se puede mejorar la adherencia del mismo, y así evitar posible mutaciones del virus y por ende resistencia al tratamiento antirretroviral y colaborar para que estos pacientes tengan una mayor sobrevida que puedan estar insertos en la actividad laboral y social; y así tener una mejor calidad de vida. Además permitiría crear nuevas líneas de investigación sobre los factores psicológicos y su relación con la enfermedad.

MATERIALES Y METODOS:

La muestra para este estudio estuvo conformada por los pacientes que viven HIV/Sida que acuden a la consulta de Infectología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique tejera, en el periodo comprendido desde Octubre del 2011 a Abril del 2012. Para lograr el objetivo se utilizó un diseño de campo de tipo no experimental, transversal.

Entre los criterios de inclusión adoptados por este estudio se citan: Adultos de edad igual o mayor a 18 años, Personas que viven con HIV/SIDA, que reciben tratamiento antirretroviral por primera vez (“naive”), o que reinician tratamiento antirretroviral tras un periodo mínimo de seis meses sin tratamiento por cualquier causa, Pacientes con cambio de tratamiento antirretroviral durante el periodo de inclusión, Consentimiento informado firmado por el paciente o su representante legal.

Entre los Criterios de exclusión se observaron: Drogadicción activa, alcoholismo o consumo de psicotrópicos; Participación del paciente en otro ensayo clínico o en otro estudio de adherencia; Coinfección con Hepatitis viral; Coinfección con infecciones oportunistas activas.

Para la recolección de los datos, se elaboró una ficha de captación de información en la cual se definieron las variables a estudiar. Se realizo el Test

de depresión de Hamilton (19), se les aplicó el cuestionario de adherencia de SMAQ y se evaluaron los valores actuales de linfocitos CD4+ y carga viral del VIH, así como también el tratamiento antirretroviral indicado.

RESULTADOS:

La muestra estuvo conformada por 22 pacientes, con edad promedio 41,05 ± 15,77 años (mínima 22 y máxima 82), de los cuales el 63,6% (n=14) correspondió al sexo masculino y el 33,4% restante al sexo femenino (n= 08). Predominando el grupo etario de 20 – 29 años en el sexo femenino y el de 20 – 29 y 40 – 49 años en el masculino (Tabla 1).

A través de la prueba de Bondad de Ajuste de Chi cuadrado de los 22 pacientes estudiados 27.3% (6) presentaron depresión moderada, 9.1% (2) depresión grave y 63.6% (14) no estaban deprimidos, mostrando que la frecuencia de pacientes sin depresión es significativamente mayor que las de pacientes con depresión moderada ó grave Chi cuadrado = 10,2; P < 0,01. (Tabla 2)

La prueba de la binomial muestra que las frecuencias de pacientes con ó sin adherencia al tratamiento antirretroviral, son estadísticamente iguales (P > 0,05), ya que 10 (45.5%) pacientes presentaron adherencia y 12 (54.5%) no eran adherentes al tratamiento antirretroviral (Tabla 3).

Las frecuencias de pacientes con adherencia se distribuyen de manera similar según los diferentes grados de depresión, ya que de los 6 pacientes con depresión moderada 3 (50%) estaban adherentes al tratamiento y el otro 50% no lo estaba, de los 2 pacientes con depresión grave el 100% presentaron adherencia al tratamiento antirretroviral, y de los 14 que no presentaron depresión el 50% estaban adherentes al tratamiento (Ver gráfico 2). Al relacionar ambas variables se obtuvo que no hubo diferencia

estadísticamente significativa entre el grado de depresión y la adherencia al tratamiento antirretroviral ($p= 0,5711$).

Cuando se comparan los niveles de linfocitos TCD4 entre los pacientes HIV/SIDA según la presencia de depresión se encontraron los siguientes resultados: Los pacientes adheridos al tratamiento tuvo un nivel de $452,7 \pm 237,72$ mientras que los no adheridos $267,83 \pm 168,19$ siendo estadísticamente significativo esta diferencia con Intervalo de Confianza 95% ($p=0,0278$). Comparando estos niveles según el grado de depresión (sin distinción de adherencia al tratamiento) se obtuvo para aquellos con depresión ausente un valor $414,28 \pm 149,07$ en contraste con los deprimidos (Depresión moderada y grave juntas) $242,62 \pm 195,32$ siendo esta diferencia estadísticamente significativa $p=0,0366$. Al subdividir los grupos en aquellos con depresión ausente no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los adheridos o no adheridos al tratamiento $p=0,2145$; mientras que en aquellos con depresión (moderada y grave juntas) los niveles de TCD4 si fueron superiores entre los adheridos que en los no adheridos $p=0,0240$. De acuerdo a la adherencia al tratamiento no se encontró diferencia significativa entre aquellos que estaban adheridos al tratamiento de acuerdo al grado de depresión $p=0,4115$ en comparación con los no adheridos donde aquellos sin depresión mostraron niveles superiores de TCD4 que los deprimidos $p=0,0039$ (Tabla 4).

Al comparar los niveles de Carga Viral entre los pacientes HIV/SIDA según la presencia de depresión se encontraron los siguientes resultados: Los pacientes adheridos al tratamiento tuvo un nivel de $134,5 \pm 200,86$ mientras que los no adheridos $511,08 \pm 837,97$ siendo estadísticamente no significativo esta diferencia ($p=0,0781$). Comparando estos niveles según el grado de depresión (sin distinción de adherencia al tratamiento) se obtuvo para aquellos con depresión ausente un valor $163,71 \pm 239,05$ en contraste

con los deprimidos (Depresión moderada y grave juntas) $705,12 \pm 983,72$ siendo esta diferencia estadísticamente no significativa $p=0,9277$. Al subdividir los grupos en aquellos con depresión ausente no hubo diferencia estadísticamente significativa entre los adheridos o no adheridos al tratamiento $p=0,7388$; al igual que en aquellos con depresión (moderada y grave juntas) los niveles de Carga Viral no fueron significativos entre los adheridos que en los no adheridos $p=0,0528$. De acuerdo a la adherencia al tratamiento no se encontró diferencia significativa entre aquellos que estaban adheridos al tratamiento de acuerdo al grado de depresión $p=0,8381$ de igual manera la comparación con los no adheridos donde aquellos sin depresión mostraron niveles no significativos de Carga Viral que los deprimidos $p=0,0569$ (Tabla 5).

DISCUSION.

En esta investigación se pudo constatar que la mayoría de los pacientes involucrados no estaban deprimidos o con depresión ausente lo cual difiere del estudio de Hernández-Quero et al y Cardona et al, ya que en los mismos la mayoría de los pacientes presentaron algún grado de depresión ya fuese leve, moderada o severa. Probablemente esta diferencia entre ambos estudios radique en el número de participantes, ya que en Hernández-Quero et al, la muestra estuvo constituida por 100 pacientes cantidad superior a la de la presente investigación.

En cuanto a la adherencia se evidenció que no hubo mayor diferencia entre el número de pacientes no adherentes y los adherentes, sin embargo, el primer grupo fue ligeramente superior; estos hallazgos al ser comparados con estudios como el de Ladero et al muestran discordancia ya que en este si hubo diferencias entre ambos grupos evidenciándose que durante el día anterior y la última semana de tratamiento la muestra analizada había sido adherente no así cuando se les preguntaba por el régimen de tratamiento durante el mes, pues en este caso el grupo de pacientes no adherentes fue mayor. Quizás estas diferencias entre ambas investigaciones se deba a que en la de Ladero et al se midió la variable adherencia en varios momentos no

así en este estudio. Por otro lado, al compararse con otras publicaciones como la de Peñarrieta et al los resultados tienden a ser similares pues no hubo mayor diferencias entre ambos grupos adherentes y no adherentes como sucedió en esta investigación.

Así mismo, cuando se analizó la conexión existente entre grado de depresión y adherencia quedó de manifiesto que no había relación alguna entre estas dos variables lo cual contrasta con el estudio de Warley et al, en el cual los pacientes deprimidos son significativamente no adherentes al tratamiento, muy probablemente estos hallazgos se deban a que en el presente estudio el número de pacientes no deprimidos era muy bajo y por tanto no pudo establecerse dicha relación encontrada en otras publicaciones.

En lo que se refiere a la adherencia y conteo de linfocitos CD4 se evidenció una relación significativa entre estas variables pudiéndose constatar que en pacientes adherentes existe un mayor número de linfocitos CD4, no así cuando se analiza adherencia y carga viral en donde no se aprecia relación alguna; este último dato contrasta con el estudio de Warley et al en el cual se aprecia que mientras más adherencia menor es la carga viral del paciente.

CONCLUSIONES.

Los pacientes no deprimidos y no adherentes fueron el grupo más numeroso de esta investigación; así mismo no se apreció relación alguna entre depresión y adherencia.

A mayor adherencia se evidencia un número más alto de linfocitos CD4, sin embargo, no hay diferencia significativa en la carga viral cuando se es o no adherente.

Se constató mayor contaje de linfocitos CD4 en los pacientes no deprimidos y no se apreció cambio significativo en la carga viral con respecto al grado de depresión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Situación de la epidemia de Sida. Diciembre, 2005. Citado en: www.who.int/hiv/epi-update2005_sp.pdf.
- 2) Codina C, Knobel H, Miró JM, Carmona A, García B, Antela A et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp*.1999; 23 (4):215-29.
- 3) Battaglia Gutierrez E, Christovam Sartori AM, Schmidt AL et al. Measuring Adherence to Antiretroviral Treatment. *AIDS and Behavior*. 2012; 16 (6): 1482-1490.
- 4) Knobel H, Codina C, Miró JM, Carmona A, García B, Antela A et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18 (1):27-39.
- 5) Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Martin-Conde MT, Casado JL, et al. Recommendations from GESIDA/SEFH/PNS to improve adherence to antiviral treatment (2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005; 23 (4):221- 31.
- 6) DiMatteo MR. Variations in patient's adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42 (3):200-9.
- 7) Knobel H, Serrano C, Hernández P, Pavesi M, Díez A. Aceptación, cumplimiento y tolerancia del tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *An Med Interna (Madrid)* 1997; 14 (9):445-9.
- 8) Iribarren JA, Labarga P, Rubio R, Berenguer J, Miró JM, Antela A, et al. Recomendaciones de GESIDA/PNS respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (octubre 2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004.

- 9) Guía para el Manejo del Tratamiento Antirretroviral de las personas que viven con el VIH/SIDA en Venezuela. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Programa Nacional de SIDA/ITS. 4° Edición, 2.010-2.012. 88-95.
- 10) Muñoz-Moreno JA, Fumaz CR, Ferrer MJ, Tuldrà A, Rovira T, Viladrich C, et al. The SERAD validation team. Assessing self reported adherence to HIV therapy by questionnaire: The SERAD (self-reported adherence) study. *Aids Research and human retroviruses* 2007; 23 (10):1166-75.
- 11) Barclay L. HIV Treatment Initiation, Adherence Get New Guidelines. *Medscape Medical New*, Marzo 07 de 2012.
- 12) Murphy DA, Marelich WD, Hoffman D, Steers WN. Predictors of antiretrovira adherence. *AIDS Care*. 2004; 16 (4):471-84.
- 13) Mariana L, Stephen J, tracy E, et al. Patterns and Predictors of Changes in Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy: Longitudinal study of Men and Women. *Cinical Infectious Diseases*; 45: 1377-85.
- 14) Viviane D. Lima, Jossie Geller, et al. The Effect to Adherence on the Asociation Between Depressive Symptoms and Mortality Among HIV-Infected Individuals Firts Initiating HAART. *AIDS*; 21:1175-1183.
- 15) Collins P, Holman A, Freeman M, Patel V. Whats is the Relevance of Mental Health to HIV/AIDS Care and Treatment Programs in Developing Countries? A Systematic Review. *AIDS*. 2006; 20 (12): 1571-1582.
- 16) Lima, L. Bases biológicas de los trastornos afectivos. *Interciencia*. 1992; 17(2), 86-91.
- 17) Manejo psiquiátrico de la infección por HIV y del SIDA. Citado en: www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2002/02_to.pdf.
- 18) Swofford S y Perez K. La depresión en mujeres VIH positivas. *AIDS Community Research Initiative of America (ACRIA)*. 2006.
- 19) Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de

Avaliación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06

ANEXOS

TABLA 1: CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIADA SEGÚN
EDAD Y SEXO.

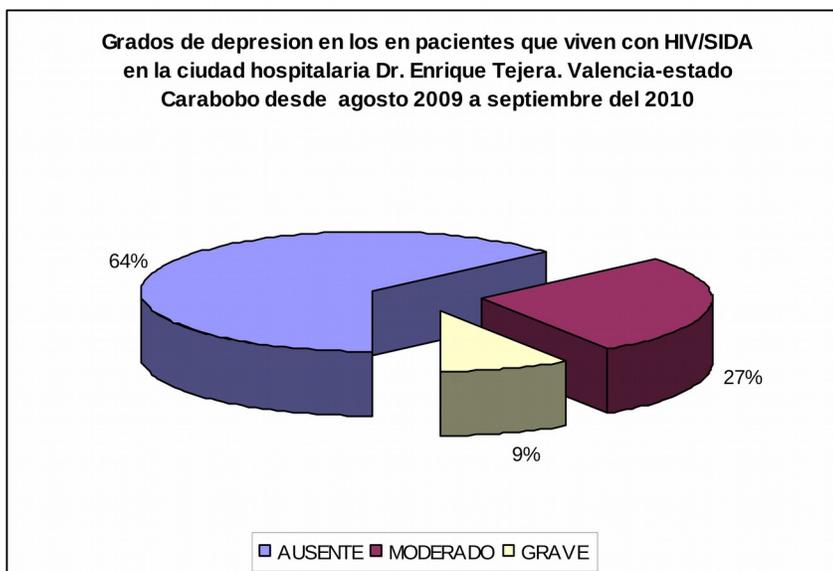
EDAD (Años)	SEXO		TOTAL F (%)
	Femenino F (%)	Masculino F (%)	
20 – 29	3 (13,63%)	4 (18,18%)	7 (31,82%)
30 – 39	2 (9,09%)	3 (13,63%)	5 (22,73%)
40 – 49	1 (4,55%)	4 (18,18%)	5 (22,73%)
50 – 59	1 (4,55%)	2 (9,09%)	3 (13,63%)
60 - 69	0	0	0
>70	1 (4,55%)	1 (4,55%)	2 (9,09%)
TOTAL	8 (33,4%)	14 (63,6%)	22 (100%)

Fuente: Datos propios de la Investigación (Vargas 2012)

TABLA Y GRÁFICO 2: PACIENTES DISTRIBUIDOS SEGÚN GRADO DE
DEPRESIÓN

GRADO DE DEPRESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AUSENTE	14	63,6
MODERADO	6	27,3
GRAVE	2	9,1
TOTAL	22	100,0

Fuente: Datos propios de la Investigación (Vargas 2012)



Fuente: Datos propios de la Investigación (Vargas 2012)

TABLA 3: PACIENTES DISTRIBUIDOS SEGÚN PRESENCIA DE
ADHERENCIAS

GRADO DE DEPRESIÓN	Adheridos n=10	No adheridos n=12	Total n=22
AUSENTE	31,78% (7)	31,85% (7)	63,6%
MODERADO	13,62% (3)	13,65% (3)	27,3%
GRAVE	0%	9,1% (2)	9,1%
TOTAL	45,4%	54,6%	100%

Fuente: Datos propios de la Investigación (Vargas 2012)

TABLA 4: PACIENTES DISTRIBUIDOS SEGÚN NIVELES DE
LINFOCITOS Y GRADO DE DEPRESIÓN

Grado de depresión	Linfocitos TCD4			Total
	Adheridos	No Adheridos	p	
Ausente	462,14 ± 277,5	366,42 ± 125,8	0,2145	414,28 ± 149,07
Depresión: Moderada Grave	430,66 ± 149,07	129,8 ± 114,99	0,0240	242,62 ± 195,32
	430,66 ± 149,07	204 ± 74,58	0,0500	317,33 ± 162,87
		18,5 ± 21,92	0	18,5 ± 21,92
P	0,4115	0,0039		0,0366
Total	452,7 ± 237,72	267,83 ± 168,19	0,0278	351,8 ± 218,89

Fuente: Datos propios de la Investigación (Vargas 2012)

TABLA 5: PACIENTES DISTRIBUIDOS SEGÚN CARGA VIRAL Y GRADO DE DEPRESIÓN

Grado de depresión	Carga Viral			Total
	adheridos	No adheridos	p	
Ausente	163,71 ± 239,05	98,71 ± 93,55	0,7388	131,21 ± 177,63
Depresión: Moderada Grave	66,33 ± 14,15	1088,4 ± 1097,14	0,0528	705,12 ± 983,72
	66,33 ± 14,15	334 ± 447,62	0,2045	200,16 ± 318,93
		2220 ± 381,8	0	2220 ± 381,8
P	0,8381	0,0569		0,9277
Total	134,5 ± 200,86	511,08 ± 837,97	0,0781	339,90 ± 649,57

Fuente: Datos propios de la Investigación (Vargas 2012)

ANEXO 1

Cuestionario Adherencia SMAQ

Nombre: _____

Edad: _____ CI: _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación? | Sí | No |
| 2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada? | Sí | No |
| 3. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal? | Sí | No |
| 4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? | Sí | No |
| 5. En la última semana, ¿Cuántas veces no tomo alguna dosis? | | |

A: Ninguna B: 1 – 2 C: 3 – 5 D: 6 – 10 E: Más de 10

6. Desde la última visita, ¿Cuántos días completos no tomo la medicación?

Días: ____

Nota.

Se considera no adherente: 1: Sí; 2: No; 3: Sí; 4: Sí; 5: C, D o E. 6: más de 2 días.

El cuestionario es dicotómico; cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

2. La pregunta cinco se puede usar como semi-cuantitativa

A: 95-100% adhesión B: 85-94% C: 65- 84% D: 30-64% E: <30%

Resultados:

Adherente _____

No Adherente _____

ANEXO 2

TEST DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Nombre: _____ Edad: _____
Cédula: _____ Fecha: _____

Durante el último mes.

1) Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0- Ausente

- 1- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- 2- Estas sensaciones las relata espontáneamente
- 3- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- 4- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2) Sentimiento de culpa:

0- Ausente

- 1- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- 3- Siente que la enfermedad actual es un castigo
- 4- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3) Suicidio:

0- Ausente

- 1- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- 3- Ideas de suicidio o amenazas
- 4- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4) Insomnio precoz:

0- No tiene dificultad

- 1- Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- 2- Dificultad para dormir cada noche.

5) Insomnio intermedio:

0- No hay dificultad

- 1- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea
- 2- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)

6) Insomnio tardío:

0- No hay dificultad

- 1- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7) Trabajo y actividades:

0- No hay dificultad

- 1- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2- Pérdida de interés en su actividad (falta de interés, indecisión y vacilación)
- 3- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda

8) Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- 0- Palabra y pensamiento normales
- 1- Ligeramente retrasado en el habla
- 2- Evidente retraso en el habla
- 3- Dificultad para expresarse
- 4- Incapacidad para expresarse

9) Agitación psicomotora:

- 0- Ninguna
- 1- Juega con sus dedos
- 2- Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4- Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

10) Ansiedad psíquica:

- 0- No hay dificultad
- 1- Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2- Preocupación por pequeñas cosas
- 3- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4- Expresa sus temores sin que le pregunten

11) Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0- Ausente
- 1- Ligera
- 2- Moderada
- 3- Severa
- 4- Incapacitante

12) Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0- Ninguno
- 1- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2- Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13) Síntomas somáticos generales:

- 0- Ninguno
- 1- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
- 2- Cualquier síntoma bien definido

14) Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- 0- Ausente
- 1- Débil
- 2- Grave

15) Hipocondría:

- 0- Ausente
- 1- Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2- Preocupado por su salud
- 3- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16) Pérdida de peso:

- 0- Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana
- 1- Pérdida de más de 500 gramos en una semana
- 2- Pérdida de más de 1 kg. en una semana

17) Perspicacia:

- 0- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
- 1- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2- No se da cuenta que está enfermo

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 52 puntos.

Una Puntuación igual o superior a 25 puntos corresponde a una depresión grave.

Una puntuación entre 10 y 24 corresponde a una depresión moderada.

Valores inferiores a 10 son indicativos de la ausencia o remisión del trastorno.

Resultados:

Deprimidos Graves: _____

Deprimidos Moderados: _____

No Deprimidos: _____

ANEXO 3

Consentimiento Informado

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES DEPRIMIDOS QUE VIVEN CON HIV/SIDA.

Investigador: Adilén Vargas.

Nombre del paciente o sujeto: _____

Edad del paciente _____ años.

Nombre del familiar (en caso de que el paciente este incapacitado para responder por sí mismo) : _____

He oído y entendido la explicación sobre el trabajo de investigación al que he sido invitado (a) a participar o al que ha sido invitado mi familiar. He recibido este formulario de consentimiento junto con una copia de la página de información para el paciente, la cual he leído y conservo en mi poder. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y las mismas han sido respondidas. Entiendo que puedo desistir de la participación en este estudio en cualquier momento. He informado a la Dra: Adilén Vargas de cualquier otro estudio en que estoy participando.

He decidido por mi propia voluntad participar en esta investigación.

_____	_____	_____
Nombre del paciente o familiar	Firma	Fecha y Hora

_____	_____	_____
Nombre del testigo	Firma	Fecha - Hora

_____	_____	_____
Nombre del autor de la investigación	Firma	Fecha - Hora

Si usted o sus familiares desean discutir o plantear cualquier duda sobre el estudio por favor comunicarse con la Dra: Adilén Vargas teléfono: 0414-4370727

Ante cualquier duda sobre sus derechos, por favor comunicarse con el Comité Ético de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Teléfono. 0241-8610274.