



ARTÍCULO ORIGINAL

Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en los Pacientes con VIH/ SIDA con y sin Grupo de Autoayuda.

Dr. Gustavo Adolfo Gutiérrez Bello ¹

Dr. Miguel Ángel Olaíz Noriega ², Dra. Norma Julita García Soto³

*Medico Internista¹ Medico Psiquiatra² Médico de Endocrinología e Investigación Clínica³
IMSS Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades no. 14*

RESUMEN

TÍTULO: Adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/ SIDA, con y sin grupo de autoayuda.

OBJETIVO: Determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH / SIDA que acuden a la consulta externa en comparación con el grupo de autoayuda del Hospital de Especialidades número 14.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron 52 pacientes con VIH/SIDA, los cuales se dividieron en dos grupos, el grupo 1 (n= 12), pacientes que además de acudir a la consulta externa acuden al grupo de autoayuda, y grupo 2 (n= 40), aquellos que acuden a control en la consulta externa sin grupo de autoayuda; se tomaron datos demográficos y se les aplicó la encuesta de adherencia auto-reportada (evaluada con la siguiente fórmula: número de dosis tomadas entre el número de dosis prescritas multiplicado por cien), la escala de Evaluación de Adherencia al Medicamento (MARS) y la Escala de Hamilton para Depresión. En el análisis estadístico se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney, Chi cuadrada y Wilcoxon. **RESULTADOS:** El promedio de edad en ambos grupos fue de 38.76 ± 9.3 años, con un tiempo de evolución de VIH/SIDA de 5.17 ± 3.4 años. El número de células

CD4+ para el grupo 1 fue de 412 ± 202 células $10^6/L$ y el grupo 2 de 312 ± 183 células $10^6/L$ con una pns. La carga viral del grupo 1 fue de 1046 ± 1433.1 copias/ mL y el grupo 2 de 61648 ± 137768 copias/ mL con un $p < 0.05$ (ver figura 3). La adherencia de acuerdo con la fórmula fue para el grupo 1 de 98.2 ± 1.7 y para el grupo 2 de 96.7 ± 4.07 con una pns (ver figura 1). La Escala de Evaluación de Adherencia al Medicamento (MARS) para el grupo 1 fue de 0.57 ± 0.35 y el grupo 2 de 0.40 ± 0.32 con una pns (ver figura 2). En la escala de Hamilton, los pacientes sin depresión del grupo 1 fueron 83% (10), y del grupo 2 con 72.5% (29), y con algún grado de depresión en el grupo 1 fueron 17% (2) y en el grupo 2 con 27.5% (11), ambos con pns. **CONCLUSIONES:** La adherencia al tratamiento antirretroviral en ambos grupos sin diferencia significativa. En el grupo 1 de autoayuda, la ingesta de los medicamentos se realiza de forma indicada en un mayor porcentaje de los casos en comparación con el grupo 2 sin autoayuda.

Palabras clave: adherencia, terapia antirretroviral, VIH/ SIDA, depresión.

ABSTRACT

TITLE: Antiretroviral treatment adherence in patients with HIV/ AIDS, with or without self-help group. **OBJECTIVE:** To determine the antiretroviral treatment adherence in patients with HIV/AIDS attending external consultation as compared with Hospital de Especialidades número 14 (Specialties Hospital number 14) self-help group. **MATERIAL AND METHODOLOGY:** 52 patients with HIV/AIDS where included, these were divided into two groups: group 1 (n=12) patients who attend both, external consultation and self-help group, and group 2 (n=40) those who just attend external consultation. Demographic data were taken and patients answered a self-reported adherence survey (evaluated as follows: number of ingested doses divided by the number of prescribed doses multiplied by 100) and the Medication Adherence Rating Scale (MARS) and the Hamilton Depression Rating Scale. The Mann-Whitney U, Chi squared and Wilcoxon tests were used in the statistical analysis. **RESULTS:** The average age in both groups was 38.76 ± 9.3 years with an evolution of HIV/AIDS of 5.17 ± 3.4 years. The number of CD4+ cells for group 1 was 412 ± 202 cells $10^6/L$ and group 2 was 312 ± 183 cells $10^6/L$ with a pns. The viral load of group 1 was 1046 ± 1433.1 copies/mL and group 2 was 61640 ± 137768 copies/ mL with a $p < 0.05$ (See figure 3). The treatment adherence according to the formula for group 1 was 98.2 ± 1.7 and for group 2 was 96.7 ± 4.07 with a pns (See figure 1). The Medication Adherence Rating Scale (MARS) for group 1 was 0.57 ± 0.35 and for group 2 was 0.40 ± 0.32 with a pns (See figure 2). In the Hamilton Scale, the patients without depression in group 1 were 83% (10) whereas in group 2 were 72.5% (29), and the percentage with some level of depression in group 1 was 17% (2) and group 2 was 27.5% (11) with a pns. **CONCLUSIONS:** The antiretroviral treatment adherence in both groups presents no significant difference. In the group 1 the medication intake is carried out in the correct way in a higher percentage in comparison to group 2 without self-help.

Key words: Adherence, antiretroviral therapy, HIV/AIDS, depression.

INTRODUCCIÓN

La adherencia de un tratamiento se refiere a la toma de fármacos en forma adecuada, de acuerdo con la dosificación prescrita, tomando en cuenta factores como ingesta de alimentos con los medicamentos, toma de antiácidos, además de los horarios indicados, ya que los efectos secundarios de los fármacos en algunas ocasiones motivan al paciente a disminuir o a realizar modificaciones en sus regímenes y ocasionan, por lo tanto, reducción de eficacia y resistencia viral. ^(1,2,13,14,20)

La deserción y el incumplimiento de los pacientes a las indicaciones médicas han sido motivo de interés. La perspectiva profesional es muy distinta a la de un paciente en cuanto a metas y perspectivas; estas diferencias se vuelven conflictivas cuando los pacientes no cumplen con las expectativas de los médicos.

En estos casos se habla de que el paciente no se apegue al tratamiento, “término peyorativo que denota el fracaso moral del paciente para comportarse en forma adecuada”. Sin embargo, los médicos deben aprender los factores psicológicos y sociales relacionados con la enfermedad para comprender los motivos por los que ocurren estas diferencias. ^(3,21)

Los desafíos asociados con adherir a los pacientes a las terapias de combinación para VIH / SIDA son inauditos. Debe evaluarse a las personas con esta enfermedad, en un contexto amplio y pertinente, y ahora más que nunca deben integrarse los aspectos fisiológicos y psicosociales para reforzar la participación del paciente. Cada paciente debe evaluarse en forma individual y en más de una vez a lo largo de su tratamiento. Esta evaluación tiene mayor importancia en el paciente que inicia terapia antirretroviral.

Los tratamientos antirretrovirales son complejos, significando en ocasiones que el paciente debe ingerir hasta 30 píldoras en el día, las cuales se deben tomar a intervalos precisos cuidando las interacciones con otros medicamentos así como con los alimentos. ⁽⁴⁾

Es bien sabido que dentro de los beneficios potenciales del inicio de una terapia antirretroviral están el control de la replicación, mutación viral y la disminución de la carga viral; prevención de la progresión de la inmunodeficiencia o la reconstitución del sistema inmune; el retraso en la progresión del SIDA y prolongación de la

vida; disminución del riesgo de la resistencia viral y la posible disminución en el riesgo de la transmisión viral.

Los riesgos potenciales del inicio del tratamiento antirretroviral son la reducción de la calidad de la vida por efectos adversos de los fármacos, el desarrollo del drog resistencia temprana, limitación futura para seleccionar otros fármacos debido a la resistencia, desconocimiento de la toxicidad y efectividad a largo plazo de las drogas antirretrovirales. ^(5,6,7)

La pobre adhesión al tratamiento es un factor crítico que puede reducir la potencia de la terapia y lleva a la resistencia viral. Estudios previos han demostrado que la mayoría de los pacientes han sido bien informados sobre la importancia de la adherencia, las consecuencias de no tomar los fármacos según su horario y el significado de la resistencia viral.

Estando la mayoría de acuerdo en que ese apego prolongará su vida, sin embargo las encuestas han revelado que 26% no consumió adecuadamente sus medicamentos el día anterior, 43% refiere haber omitido dosis la semana anterior y 54% profesa saber de otras personas que no siguen adecuadamente los regímenes por lo complicado de las dosificaciones. ^(2,8,9)

El éxito de todo esquema antirretroviral requiere de la elaboración de una estrategia a largo plazo; debe balancearse la potencia de los fármacos, tolerancia, complejidad de los regímenes del tratamiento, efectos adversos, riesgos de resistencia y costo. Uno de los primeros requisitos para obtener este éxito es la buena adherencia a la toma de medicamentos. ^(10,11,12)

De los pacientes con VIH/SIDA bajo control y seguimiento en nuestra unidad, se han detectado algunos que no responden al tratamiento como era lo esperado debido a la indisciplina en su tratamiento, lo cual nos obliga a investigar los factores de riesgo que influyen en su falta de adherencia.

El objetivo general fue determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA que acuden a la consulta externa sin grupo de autoayuda en comparación con el grupo de autoayuda del Hospital de Especialidades número 14.

Los objetivos específicos fueron determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento,

así como identificar las interrelaciones entre dos o mas factores, además de determinar la relación entre los factores de la falta de adherencia y la inadecuada respuesta del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, transversal, descriptivo y comparativo, en el que participaron 52 pacientes con VIH/SIDA con los siguientes criterios de inclusión: ambos géneros, pacientes de 16 años de edad o mayores, pacientes con tratamiento mínimo de 2 meses, pacientes que cumplieron con 80% de sus asistencias, pacientes con VIH/SIDA con tratamiento farmacológico que lleven su control y seguimiento en el Hospital de Especialidades número 14; se excluyeron pacientes pediátricos (menores de 16 años), pacientes con trastornos psiquiátricos: esquizofrenia, los que no cumplieron con 80% de sus asistencias, pacientes sin tratamiento farmacológico, que no aceptaron participar en la investigación, pacientes a los que se les haya detectado tumoración maligna, pacientes en estado terminal (C3), de acuerdo con la clasificación de la infección por el VIH según el Center for Disease Control (CDC); los criterios de eliminación fueron pacientes que perdieron su vigencia, pacientes hospitalizados, pacientes que cambiaron de adscripción hospitalaria.

Los 52 pacientes se dividieron en dos grupos, el grupo 1 (n= 12) con pacientes que además de acudir a la consulta externa acuden al grupo de autoayuda, los cuales tienen como actividades sesión semanal con trabajo social, sesiones informativas con familiares de forma mensual, así como sesión con equipo de salud mental con participación una vez por semana, realizando técnicas de terapia breve, relatorías estableciendo paradojas en el afán de que dominen una nomenclatura propia que identifique los fenómenos de rechazo al tratamiento. El grupo 2 (n= 40) son aquellos que acuden a control en la consulta externa y en forma mensual a revisión clínica, análisis de laboratorio y dotación de fármacos.

En ambos grupos se investigó los fármacos antirretrovirales prescritos, CD4+ células x 10⁶/L y carga viral copias /mL de las fuentes primarias como el expediente clínico, así como de la encuesta de datos sociodemográficos. Con respecto a los factores

relacionados con la adherencia, se les aplicó la encuesta de adherencia auto-reportada (evaluada con la siguiente fórmula: número de dosis tomadas entre el número de dosis prescritas multiplicado por cien) y la Escala de Evaluación de Adherencia al Medicamento (MARS). Se investigaron además otros factores que pudieran influir en la adherencia como la escolaridad, nivel socioeconómico, la dotación en la farmacia y la ingesta adecuada de los fármacos; además se les aplicó la Escala de Hamilton para Depresión.

En el análisis estadístico se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para comparación entre los dos grupos, tiempo de evolución del padecimiento, ingreso económico, porcentaje de adherencia entre grupos, Escala de Evaluación de Adherencia al Medicamento (MARS), Escala de Hamilton para Depresión, la prueba de Chi cuadrada para comparación de género y la prueba de Wilcoxon para establecer diferencias entre los grados de depresión entre grupos.

RESULTADOS

La comparación entre grupo 1 (grupo de autoayuda) $n=12$ y grupo 2 (grupo sin autoayuda) $n=40$; con una edad en el grupo 1 de 46.8 ± 11.91 años y grupo 2 de 36.4 ± 7.03 años con una $p < 0.001$; en cuanto al género femenino / masculino en el grupo 1 una relación 1/2, y el grupo 2 una relación 1/3, con una pns ; la escolaridad promedio para ambos grupos fue la educación secundaria con una pns , el ingreso para el grupo 1 de $\$ 2275 \pm 1519.6$ y el grupo 2 de $\$ 4283 \pm 2736$ con una $p < 0.01$. El diagnóstico de VIH para el grupo 1 de 5.3 ± 4.39 años y el grupo 2 de 5.1 ± 3.1 años con una pns . El tiempo de tratamiento del grupo 1 fue de 3.8 ± 1.8 años y grupo 2 de 3.9 ± 2.76 años, con una pns .

La ingesta en ayuno del tratamiento para el grupo 1 fue de 59% (7) y para el grupo 2 de 23% (9) y los pacientes que no ingieren sus medicamentos en ayuno para el grupo 1 fue de 41% (5) y para el grupo 2 de 77% (31) con una $p < 0.01$ (ver cuadro 1).

La adherencia al tratamiento antirretroviral por mes entre ambos grupos de acuerdo con la fórmula de número de dosis tomadas entre el número de dosis prescritas por 100 para el grupo 1 es de 98.2 ± 1.7 , y para el grupo 2 de 96.7 ± 4.07 en una escala de 1 para la menor adherencia y

de 100% para la mayor adherencia, con una pns (ver figura 1).

La Escala de Evaluación de Adherencia al Medicamento (MARS) para el grupo 1 fue de 0.57 ± 0.35 , y el grupo 2 de 0.40 ± 0.32 con una escala de menor adherencia para 0.1 y para la mayor adherencia de 1.5, con una pns (ver figura 2).

El atraso rutinario en la ingesta de medicamentos en el grupo 1 es de 1.8 ± 3.3 horas y en el grupo 2 de 3.32 ± 3.6 horas con una $p < 0.01$.

El número de células CD4+ para el grupo 1 es de 412 ± 202 células $10^6/L$ y el grupo 2 de 312 ± 183 células $10^6/L$ con una pns .

La carga viral del grupo 1 es de 1046 ± 1433.1 copias/mL, y el grupo 2 de 61648 ± 137768 copias/mL con un $p < 0.05$ (ver figura 3).

En la escala de Hamilton para depresión, los pacientes sin depresión del grupo 1: 83% (10), y del grupo 2: 72.5% (29), y con algún grado de depresión en el grupo 1: 17% (2) y en el grupo 2: 27.5% (11), ambos con pns .

De un total de 52 pacientes, se encontró a quienes presentaron trastornos a órganos y sistemas secundarios a la ingesta del fármaco, lo cual impidió realizar las labores en 51.9% (27); de estos, 23.1% (12) suspendieron el tratamiento, mientras que, 28.8% (15), a pesar de estos trastornos, lo ingieren, en tanto que 48.1% (25) no presentaron ningún trastorno.

La falta de medicamentos en la farmacia se presentó en 50% (26), de los cuales a 1.9% (1) siempre le falta medicamento, en tanto que 1.9% (1) es frecuente y a 46.2% (24) alguna vez les ha faltado el medicamento, y con un tiempo para surtirlo de uno a tres días en 13.5% (7), de tres a diez días 23.1% (12) y más de diez días en 13.5% (7); esto ha ocasionado que 9.6% (5) suspendan todo el tratamiento, mientras 15.4% (8) suspenden el que les faltó, 23.1% (12) lo consiguen prestado y 1.9% (1) lo compra; el resto y equivalente a 50% (26) siempre han tenido adecuado abastecimiento de fármacos en la farmacia (ver cuadro 2).

La evaluación de depresión en la escala de Hamilton reportó sin depresión 75% (39), con depresión leve 11.5% (6), con depresión moderada 5.8% (3) y depresión severa en 7.7% (4).

	Grupo 1 n=12 Media Ds (%)	Grupo 2 n=40 Media Ds (%)	p
Edad (años)	46.8 ± 11.91	36.4 ± 7.03	< 0.001
Género F / M	4 / 8	10 / 30	ns
Escolaridad	Secundaria	Secundaria	ns
Ingresos	\$ 2275 ± 1519	\$ 4283 ± 2736	< 0.01
Diagnóstico de VIH	5.3 ± 4.39	5.1 ± 3.1	ns
Años de tratamiento	3.8 ± 1.8	3.49 ± 2.76	ns
Ingesta en ayuno de medicamentos SI / NO	7 / 5 (59 / 41)	9 / 31 (23 / 77)	<0.01
Adherencia al tratamiento	98.2 ± 1.7	96.7 ± 4.07	ns
Evaluación de adherencia (MARS)	0.57 ± 0.35	0.40 ± 0.32	ns
Tiempo de atraso en dosis (horas)	1.8 ± 3.3	3.32 ± 3.6	<0.01
CD4+ células x 10 ⁶ /L	412 ± 202	312 ± 183	ns
Carga viral copias /mL	1046 ± 1433.1	61648 ± 137768	<0.05
Escala de Hamilton para depresión			
Sin depresión	10 (83)	29 (72.5)	ns
Con depresión	2 (17)	11 (27.5)	ns

Cuadro 1. Datos demográficos de pacientes con VIH/ SIDA con y sin grupo de autoayuda.

Grupo 1. Con grupo de autoayuda.

Grupo 2. Sin grupo de autoayuda.

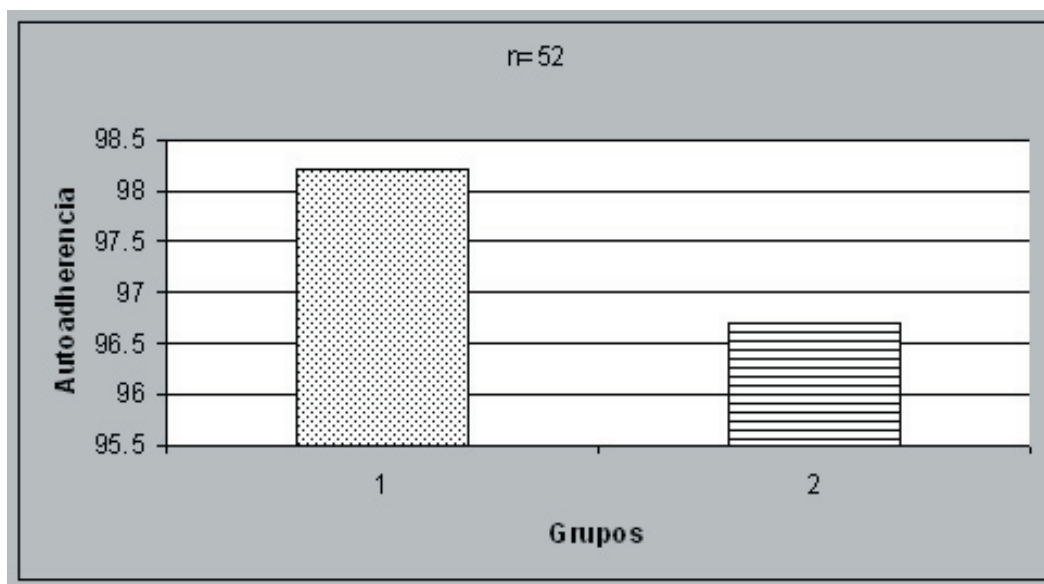


Figura 1. Adherencia al medicamento por mes entre grupos de acuerdo con fórmula de número de dosis tomadas entre número de dosis prescritas por 100, en pacientes con VIH/ SIDA (pns).

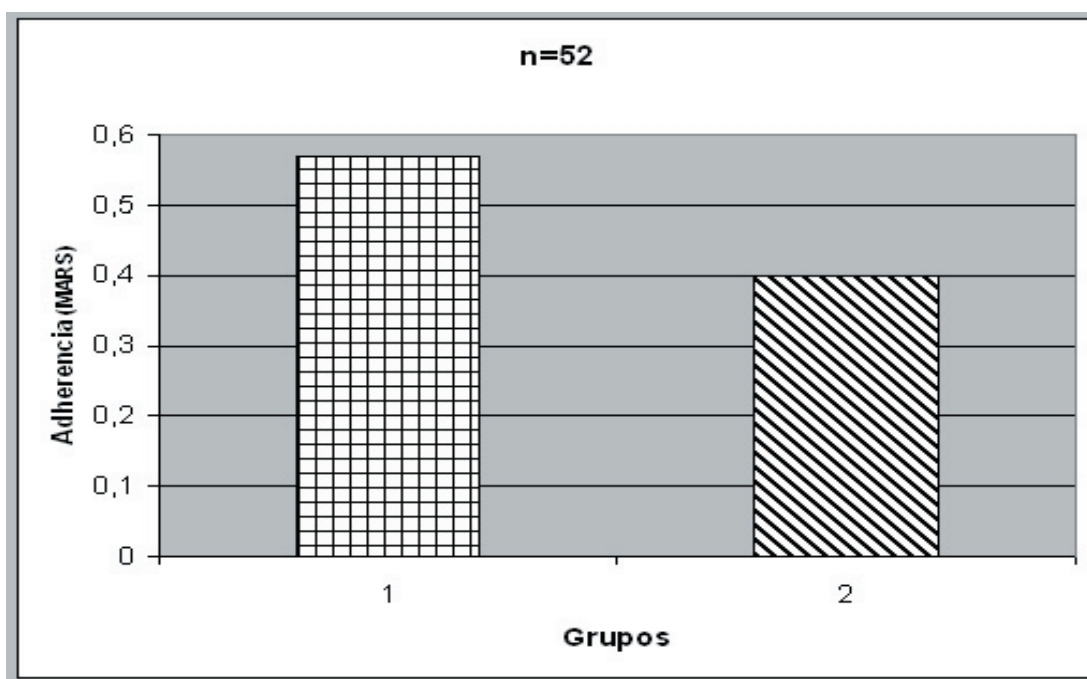


Figura 2. Adherencia al medicamento por semana entre grupos de acuerdo con escala MARS en pacientes con VIH/ SIDA (pns).

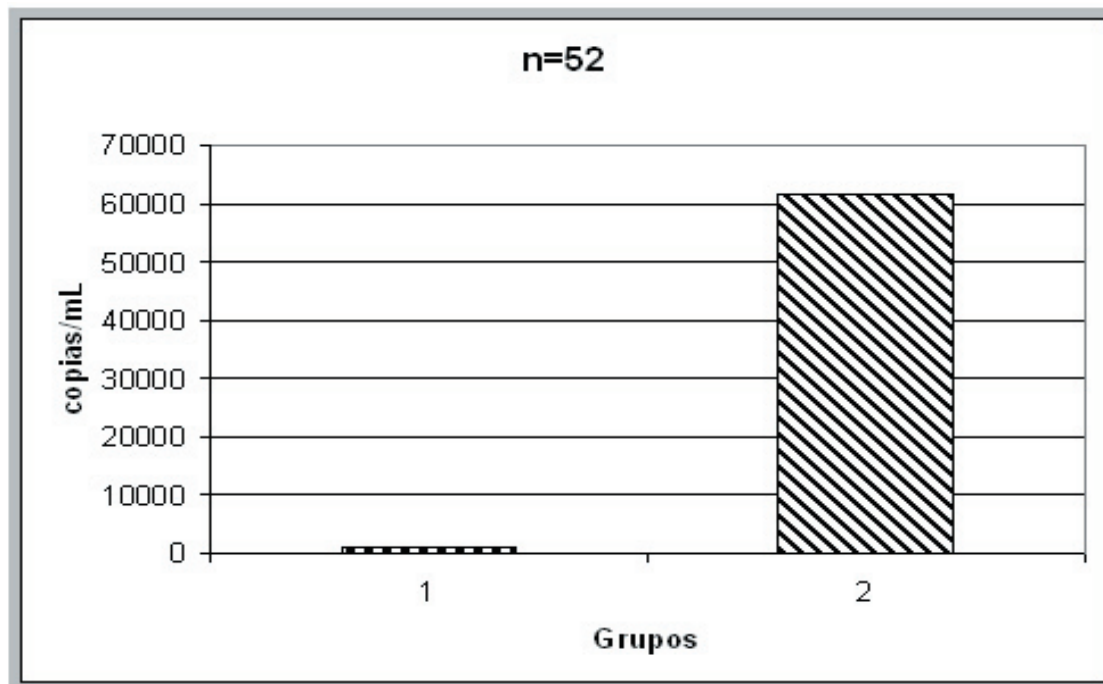


Figura 3. Logaritmo de carga viral de pacientes con VIH/ SIDA ($p < 0.05$).

	N= 52	(%) IC
Trastornos a órganos y sistemas		
Sí	27	(51.9)
No	25	(48.1)
Aceptación de tratamiento por dichos trastornos		
Sí	12	(23.1)
No	15	(28.8)
Sin trastornos	25	(48.1)
Desabastecimiento de farmacia		
Sí	26	(50)
No	26	(50)
Frecuencia en abastecimiento de medicamentos		
Abastecimiento completo	26	(50)
Siempre	1	(1.9)
Frecuentemente	1	(1.9)
Alguna vez	24	(46.2)
Frecuencia en surtir medicamento		
Abastecimiento completo	26	(50)
De 1 a 3 días	7	(13.5)
De 3 a 10 días	12	(23.1)
Más de 10 días	7	(13.5)
Determinación en la obtención de tratamiento		
Abastecimiento completo	26	(50)
Lo suspende todo	5	(9.6)
Suspende el que le faltó	8	(15.4)

Cuadro 2. Trastornos sistémicos secundarios a la ingesta de fármacos en pacientes con VIH/ SIDA y abastecimiento de tratamiento antirretroviral.

DISCUSIÓN

Aunque en este estudio la adherencia al tratamiento fue adecuada, tiene una falla virológica importante pues demuestra que aunque si hay una correcta ingesta de los fármacos, no se ingieren en forma indicada, y esto influye en la efectividad del tratamiento. Si bien no existe estándar de oro para medir la adherencia, el auto-reporte se utiliza ampliamente por su sencillez y buenos resultados, pero se relaciona en sobreestimar la adherencia real. ^(5,19)

Los estudios clínicos demuestran una relación directa entre la adherencia y la respuesta al tratamiento, no obstante la percepción acerca de la adherencia al tratamiento puede estar equivocada hasta en 41% de los casos; además se ha encontrado una relación entre la falta de adherencia y valores elevados de carga viral. ^(1,3,5)

Se encontró que la adecuada adherencia al tratamiento se asociaba significativamente con una supresión virológica satisfactoria y una mayor reconstitución inmune. En los pacientes con adherencia menor a 80% la falla virológica ocurrió en 80% de ellos, un estudio realizado según, los pacientes que reportaron una adherencia menor a 90% tuvieron una disminución promedio en sus conteos de CD4+, en comparación con los pacientes con adherencia mayor al 90%, en donde existió un incremento promedio de 78 células. ⁽²¹⁾ Existen estudios para demostrar que el paciente tiene mayor adherencia cuando toma el medicamento dos veces al día que cuando se requieren tres tomas. En los estudios clínicos, no se ha demostrado superioridad de las combinaciones de dos veces al día sobre las de una sola toma en términos de efectividad, aunque en términos de adherencia se ha observado que los pacientes tienden a suspender las tomas al paso de los meses, cuando ingieren combinaciones de dos dosis al día con alto número de tabletas, en comparación con los pacientes que toman combinaciones de dos dosis al día con bajo número de tabletas o con aquéllos de una dosis al día. ⁽³⁾ En un estudio, 66% de los pacientes refirieron el olvido como la razón principal de la falta de adherencia, otros factores referidos incluían el estar fuera de casa sin el medicamento y un 24% con estados de depresión. ⁽⁹⁾ [En un estudio realizado con 950 pacientes, se encontró que por cada 10% que disminuye la adherencia se incrementa la mortalidad en un 16%. ⁽²⁰⁾]

CONCLUSIONES

1. Hay una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral en ambos grupos sin diferencia significativa.
2. En el grupo 1 de autoayuda, la ingesta de los medicamentos se realiza de forma indicada en un mayor porcentaje de los casos, en comparación con el grupo 2 sin autoayuda.
3. Aunque hay desabastecimiento ocasional de fármacos, éste es cubierto en forma rápida. La actitud que toman los pacientes del grupo 1 cuando hay desabastecimiento de fármacos es conseguir prestado el medicamento a diferencia del grupo 2 que lo suspende ($p < 0.001$).
4. Estos dos últimos puntos probablemente se ven reflejados en que la carga viral es considerablemente menor en el grupo 1 de autoayuda que en el grupo 2 sin autoayuda.
5. La presencia de depresión en ambos grupos fue de 25% sin diferencia significativa entre ellos, por lo que no influyó en la adherencia al tratamiento.

RECOMENDACIÓN

La recomendación es la promoción de los grupos de autoayuda para mejorar la adecuada ingesta de los medicamentos.

REFERENCIAS

1. Nieto & Santoscoy. Tratamiento antirretroviral en el adulto con VIH/SIDA. Adherencia al tratamiento antirretroviral. 2004;(9):237- 255.
2. Bartlett JG. The Johns Hopkins Hospital 2003 Guide to *MEDICAL CARE of PATIENTS WITH HIV INFECTION* 11 th Edition.
3. Torres I, Ruiz A. Intervención para mejorar el apego al tratamiento en pacientes con VIH. *Medicina Interna de México* 2003; 19 (5): 280-285.
4. Ananworanich J, Nuesch R, Le Braz M, et al. Failures of 1 week on, 1 week off antiretroviral therapies in a randomized trial. *AIDS* 2003; 17 (15): F33-F37.

5. Walsh C, Mandalia S, Gazzard BG. Responses to a 1-month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virologic out-come. *AIDS* 2002; 16: 269-77.
6. Kleeberger C, Buechner J, Palella F *et al.* Changes in adherence to highly active antiretroviral therapy medications in the Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS* 2004; 18 (4): 683-688.
7. Nemes M, Carvalho H, Souza, Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS* 2004; 18 (S3): S15-S20.
8. Flaks R, Burman W, Gourley P, Rietmeijer C, Cohn D. HIV Transmission Risk Behavior and Its Relation to Antiretroviral Treatment Adherence. *Sexually Transmitted Diseases*. 2003; (5): 399-404.
9. Starace F, Ammassari A, Trotta M, *et al.* Depression Is a Risk Factor for Suboptimal Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy. *JAIDS* 2002; 31: S136-S139.
10. Murri R, Antinori A, Ammassari A. Physician Estimates of Adherence and the Patient-Physician Relationship as a setting to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy. *JAIDS* 2002; 31: S158-S162.
11. Bangsberg, D y col. Assessment of Adherence to HIV Antiretroviral Therapy. *JAIDS* 2001; 26 (5): 435-442.
12. Wood E, Hogg R, Yip B *et al.* Effect of Medication Adherence on Survival of HIV-Infected Adults Who Start Highly Active Antiretroviral Therapy When the CD4+ Cell Count Is 0.200 to 0.350 x 10⁹ cells/L. *Annals of Internal Medicine* 2003; 139 (10): 810-816.
13. *Guía de Manejo Antirretroviral de las personas que viven con el VIH/ SIDA. CENSIDA. 2004.*
14. *Guía de Temas Selectos para la atención de pacientes con infección por el VIH/ SIDA. MMVIH. Edición 2001.*
15. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res* 2000; 42: 241-247.
16. Phillips A, Cozzi A, Lampe F, Sabin MJ. When should antiretroviral therapy started for HIV infection, Interpreting the evidence from observational studies. *AIDS* 2003; 17: 1863-1869.
17. Lawrence J, Mayers D, Huppler K, *et al.* Structured Treatment Interruption in Patients with Multidrug-Resistant Human Immunodeficiency Virus. *N Engl Med* 2003; 349: 837-46.
18. Bernard H, Beware of Drug Holidays before HIV Salvage Therapy. *N Engl Med* 2003; 349: 827-828.
19. Hammer S, Vaida F, Bennett K, *et al.* Dual vs Single Protease Inhibitor Therapy Following Antiretroviral Treatment Failure. *JAMA* 2002; 288 (2): 169-180.
20. Hirsch M, Brun-Vézinet F, D' Aquila R, *et al.* Antiretroviral Drug Resistance Testing in Adult HIV-1 Infection. *JAMA* 2000; 283 (18): 2417-2426.
21. Carpenter C, Cooper D, Fischl M, *et al.* Antiretroviral Therapy in Adults. *JAMA* 2000; 283 (3): 381-390.
22. McNabb J, Nicolau D, Stoner J, Ross J. Patterns of adherence to antiretroviral medications: the value of electronic monitoring. *AIDS* 2003; 17: 1763-1767

Solicitud de sobretiros:

Gustavo Adolfo Gutiérrez Bello
Avenida de la República No. 3
Col. Badillo CP. 911190
Xalapa, Veracruz
Sin apartado Postal
Tel. 01 (228) 8135006