



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS DE VIH

Carolina Simion

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y fisioterapia

Año Académico 2023-24

FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS DE VIH

Carolina Simion

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y fisioterapia

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2023-24

Palabras clave del trabajo: cumplimiento y adherencia al tratamiento, VIH, adultos, depresión, ansiedad, motivación, estigma social

Nombre Tutora del Trabajo: Antonia Pades Jiménez

Índice

1. Introducción	7
2. Objetivos del trabajo.....	9
a. Objetivo general.....	9
b. Objetivos específicos.....	9
3. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	9
a. Descriptores DeCS/MeSH.....	9
b. Criterios de inclusión y exclusión	10
c. Fórmula de búsqueda	10
4. Metodología y resultados de la búsqueda bibliográfica	12
5. Discusión.....	13
a. Depresión.....	13
b. Motivación.....	15
c. Ansiedad.....	16
d. Estigma.....	17
e. Fatiga.....	18
f. Intervenciones psicológicas.....	19
g. Aplicaciones digitales para mejorar la adherencia	20
6. Limitaciones.....	22
7. Conclusión.....	23
8. Bibliografía	23
9. Anexos.....	27

Resumen

Resumen: Los factores psicológicos implicados en la adherencia al tratamiento son de gran interés por la comunidad científica. Abordar los aspectos emocionales puede ayudar a mejorar el cumplimiento terapéutico y a lograr un afrontamiento eficaz. El desarrollo de intervenciones efectivas y la inclusión de nuevas tecnologías puede mejorar la adherencia en pacientes con enfermedades crónicas como el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH).

Objetivos: Determinar cuáles son los factores psicológicos implicados en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, así como el estudio de intervenciones eficaces y valorar la aplicabilidad del uso de nuevas tecnologías para mejorar la adherencia.

Resultados: Los desequilibrios emocionales fueron comunes entre los pacientes diagnosticados de VIH y estos se asociaron con una mala adherencia terapéutica. Al tratar los factores psicológicos implicados como la depresión, ansiedad, motivación, fatiga o estigma mejoraron las tasas de adherencia y de afrontamiento. Otros factores socioeconómicos y el consumo de tóxicos también se correlacionaron con una peor adherencia y un empeoramiento de la salud mental. El abordaje mediante terapias psicológicas y el uso de aplicaciones digitales mejoraron la salud mental, corrigieron malos hábitos y la adherencia al tratamiento mejoró.

Conclusiones: La identificación e intervención de los factores psicológicos asociados a una mala adherencia fue efectiva para mejorar el afrontamiento del VIH. Los factores psicológicos implicados crearon barreras internas que dificultaron alcanzar los niveles deseados de adherencia. El manejo eficaz de la sintomatología mediante intervenciones psicológicas como las terapias cognitivo conductuales o de autorregulación, mostraron resultados positivos. Las nuevas tecnologías como las aplicaciones digitales también demostraron ser un medio eficaz para fomentar el cumplimiento terapéutico.

Palabras clave del trabajo: cumplimiento y adherencia al tratamiento, VIH, adultos, depresión, ansiedad, motivación, estigma social

Summary

Abstract: The psychological factors involved in treatment adherence are of great interest to the scientific community. Addressing the emotional aspects can help improve adherence and effective coping. The development of effective interventions and the inclusion of new technologies can improve adherence in patients with chronic diseases such as acquired immunodeficiency virus (HIV).

Objectives: To determine the psychological factors involved in non-adherence to antiretroviral treatment, as well as to study effective interventions and assess the applicability of the use of new technologies to improve adherence.

Results: Emotional imbalances were common among patients diagnosed with HIV and were associated with poor therapeutic adherence. By treating the psychological factors involved, such as depression, anxiety, motivation, fatigue or stigma, adherence and coping rates improved. Other socioeconomic factors and substance use were also correlated with poorer adherence and worsening mental health. The approach through psychological therapies and the use of digital applications improved mental health, corrected bad habits and improved adherence to treatment.

Conclusions: Identification and intervention of psychological factors associated with poor adherence was effective in improving HIV coping. The psychological factors involved created internal barriers that made it difficult to achieve the desired levels of adherence. The effective management of symptoms through psychological interventions such as cognitive behavioral therapies or self-regulation showed positive results. New technologies such as digital applications have also proven to be an effective means of encouraging adherence.

Keywords: treatment adherence and compliance, HIV, adult, depression, anxiety, motivation, social stigma.

Resum:

Resum: Els factors psicològics implicats en l' adherència al tractament són de gran interès per la comunitat científica. Abordar els aspectes emocionals pot ajudar a millorar el compliment terapèutic i a aconseguir un afrontament eficaç. El desenvolupament d'intervencions efectives i la inclusió de noves tecnologies pot millorar l'adherència en pacients amb malalties cròniques com el virus de la immunodeficiència adquirida (VIH).

-Objectius: Determinar quins són els factors psicològics implicats en la manca d' adherència al tractament antiretroviral, així com l' estudi d' intervencions efectives i valorar l' aplicabilitat de l' ús de noves tecnologies per millorar l' adherència.

Resultats: Els desequilibris emocionals van ser comuns entre els pacients diagnosticats de VIH i aquests es van associar amb una mala adherència terapèutica. En tractar els factors psicològics implicats com la depressió, ansietat, motivació, fatiga o estigma van millorar les taxes d' adherència i d' afrontament. Altres factors socioeconòmics i el consum de tòxics també es van correlacionar amb una pitjor adherència i un empitjorament de la salut mental. L'abordatge mitjançant teràpies psicològiques i l'ús d'aplicacions digitals van millorar la salut mental, van corregir mals hàbits i l'adherència al tractament va millorar.

Conclusions: La identificació i intervenció dels factors psicològics associats a una mala adherència va ser efectiva per millorar l' afrontament del VIH. Els factors psicològics implicats van crear barreres internes que van dificultar assolir els nivells desitjats d' adherència. El maneig eficaç de la simptomatologia mitjançant intervencions psicològiques com les teràpies cognitives o d'autoregulació, van mostrar resultats positius. Les noves tecnologies com les aplicacions digitals també van demostrar ser un mitjà eficaç per fomentar el compliment terapèutic.

Paraules clau: compliment i adherència al tractament, VIH, adult, depressió, ansietat, motivació.

1. Introducción

Según define la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es aquel que ataca a los glóbulos blancos, causando así un debilitamiento en el sistema inmunitario y exponiendo nuestro organismo a contraer otras infecciones oportunistas. Se transmite mediante fluidos corporales de las personas infectadas, mediante esperma, fluidos vaginales, lactancia materna o sangre y se diagnóstica mediante pruebas serológicas (1).

La OMS (2023) calcula que en el año 2022 había 39 millones de personas infectadas por VIH en todo el mundo y fue la causante de más de 600.000 muertes. El continente africano fue el más afectado con más de 25 millones de personas infectadas (1).

Su prevención y tratamiento se basa en la educación y toma de medicación antirretroviral. Dicho tratamiento pretende lograr la supresión viral de los individuos, reducir los contagios e impedir el progreso a la fase más avanzada y crítica de la enfermedad que es conocida como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (1). Gracias a estos fármacos la infección por VIH ha pasado de ser una enfermedad mortal a una enfermedad crónica médicamente manejable (2). Sin embargo, una adherencia subóptima de la población (entendida como un cumplimiento inferior al 90% de las dosis recomendadas) supone una dificultad para la prevención de su transmisión y un aumento de la resistencia a la medicación, así como un reto para el sistema sanitario para alcanzar la supresión viral de los individuos. Por ello, abordar los factores causantes de una mala adherencia terapéutica es una estrategia global rentable debido a los altos costos humanos, sanitarios y sociales que representan (3).

Existe literatura científica que señala los trastornos de salud mental como un factor de riesgo secundario al diagnóstico de VIH (3,4). Las personas infectadas por VIH están sometidas a un fuerte estigma que deriva normalmente en aislamiento social, soledad y problemas psicológicos secundarios a su diagnóstico. Ello supone un contra para su diagnóstico y tratamiento precoz ya que frecuentemente existe rechazo y miedo a realizarse la prueba por temor a las consecuencias de un resultado positivo (4).

Dicho impacto psicológico se ha relacionado con un empeoramiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR). Se estima que en los países desarrollados solamente un 71% de los pacientes tienen una buena adherencia (considerándose esta como tomar el 90% o más

de dosis prescritas) (3). Por ello, la OMS propuso en sus objetivos del 2023 lograr que en 2025 el 95% de las personas con VIH estén diagnosticadas, que el 95% siga correctamente un tratamiento antirretroviral y que el 95% de la población alcance la supresión viral (1). Esta organización estableció 5 factores que actúan como mediadores de la adherencia terapéutica (5, ver tabla 1).

Factores que intervienen en la adherencia terapéutica según la Organización Mundial de la Salud (OMS).	
1. Factores socioeconómicos	Escasos recursos económicos, acceso a los servicios de salud y medicamentos, bajo nivel de escolarización, falta de apoyo social, creencias culturales. Etcétera.
2. Factores relacionados con el tratamiento	Complejidad y duración del tratamiento, tratamientos anteriores fallidos, efectos secundarios o cambios de medicación constantes.
3. Factores relacionados con el paciente	Creencias, bajo nivel escolar, escasez de recursos, desconfianza con los proveedores médicos, deseos de control y autoeficacia.
4. Factores relacionados con la enfermedad	Impacto, gravedad, discapacidad, progresión de la enfermedad y disponibilidad de tratamientos efectivos.
5. Factores relacionados con el equipo sanitario	Falta de recursos e infraestructuras inapropiadas, consultas cortas y de poca calidad por parte de personal sanitario, personal mal pagado y preparación deficiente.

Tabla 1. Significación: Factores que intervienen en la adherencia terapéutica según la OMS. Elaboración propia.

Por ello, considero muy importante abordar los problemas mentales que afectan a la adherencia al tratamiento para poder lograr los objetivos terapéuticos deseados y ofrecer una atención sanitaria integra desde una perspectiva biopsicosocial. Frecuentemente la atención médica se centra en el tratamiento de la enfermedad diagnosticada y no atiende las complicaciones

psicológicas que afectan a la adherencia. Por ello, revisaré cuales son los factores psicológicos que afectan al correcto cumplimiento terapéutico en pacientes con VIH y como abordarlos. Además, los datos obtenidos podrían ser aplicables a otras enfermedades.

2. Objetivos del trabajo

a. Objetivo general:

-Analizar el impacto de los factores psicológicos en la adherencia a los tratamientos en pacientes diagnosticados de VIH.

b. Objetivos específicos:

-Determinar que intervenciones psicológicas son efectivas para abordar la falta de adherencia terapéutica.

-Analizar la efectividad del uso de nuevas tecnologías como aplicaciones digitales para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH.

3. Estrategia de búsqueda bibliográfica

a. Descriptor DECS/MESH:

Castellano	Inglés	Catalán
Cumplimiento y adherencia al tratamiento	Treatment Adherence and Compliance	Compliment i adherència al tractament
Cumplimiento de la Medicación	Medication Adherence	Compliment de la Medicació
Depresión	Depression	Depressió
Ansiedad	Anxiety	Ansietat
Adultos	Adult	Adult
Motivación	Motivation	Motivació
VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana)	HIV	VIH
Estigma Social	Social Stigma	Estigma Social

Tabla 1. Descriptores DECS/MESH. Elaboración propia

b. **Criterios de inclusión:**

-Artículos en inglés y español.

-Tipos de estudio: ensayos clínicos, ensayo controlado aleatorio y revisiones sistemáticas, metaanálisis.

-Población adulta (+18).

c. **Criterios de exclusión:**

-Artículos de más de 10 años de antigüedad.

-Artículos que no respondan nuestra pregunta de investigación o sin relevancia.

-Muestras poblacionales que no siguen ningún tratamiento.

-Niños o menores de 18 años.

-Artículos duplicados

d. **Fórmula de búsqueda:**

Base de datos “PUBMED”

En la base de datos de PUBMED se realizó la siguiente búsqueda:

• ***Primera búsqueda:***

En la primera búsqueda avanzada se utilizaron los siguientes cinco descriptores: “Depression”, “Treatment Adherence and Compliance”, “Medication Adherence”, “HIV”, “Adult” y dos booleanos, “AND” y “OR” para realizar la siguiente búsqueda:

(Depression) AND (Treatment Adherence and Compliance) OR (Medication Adherence) AND (HIV) AND (Adult)

Se obtuvieron un total de 535 artículos aplicando los criterios de inclusión y exclusión. Tras leer los títulos se descartaron 508 artículos por no tener aparente relación con nuestro tema de investigación. Tras leer los resúmenes nos quedamos con 19 artículos y concluyo la primera búsqueda con 14 artículos tras hacer la lectura completa.

• ***Segunda búsqueda:***

En la segunda búsqueda avanzada se utilizaron los siguientes cinco descriptores: “Treatment Adherence and Compliance”, “Medication Adherence”, “Motivation”, “HIV”, “Adult” y dos booleanos, “AND” y “OR” para realizar la siguiente búsqueda:

(Treatment Adherence and Compliance)) OR (Medication Adherence)) AND (Motivation) AND (HIV) AND (Adult)

Se obtuvieron un total de 114 artículos aplicando los criterios de inclusión y exclusión. Tras leer los títulos y el abstract se descartaron 92 artículos por no tener aparente relación con nuestro tema de investigación. Tras la puesta en común de los artículos de la primera búsqueda y segunda observamos que 6 artículos se repiten, por lo tanto, los descartamos. De los 16 artículos que obtuvimos, al leer el resumen descartamos 7 y al leer los artículos enteros cierro esta búsqueda con 5 artículos.

- **Tercera búsqueda:**

En la segunda búsqueda avanzada se utilizaron los siguientes cinco descriptores: “Treatment Adherence and Compliance”, “Medication Adherence”, “Anxiety”, “HIV”, “Adult” y dos booleanos, “AND” y “OR” para realizar la siguiente búsqueda:

((Treatment Adherence and Compliance) OR (Medication Adherence)) AND (Anxiety) AND (HIV) AND (Adult).

En esta búsqueda encontramos 20 artículos aplicando los criterios de inclusión y exclusión. Tras leer los títulos y el abstract se descartaron 15 artículos por no tener aparente relación con nuestro tema de investigación y muchos de ellos por repetición de búsquedas anteriores. Tras leer los resúmenes me quedo con 5 artículos de los cuales descarto 2 tras leer el artículo entero, finalizando la búsqueda con 3 artículos.

Base de datos “SCIELO”:

Se realiza una búsqueda con 4 descriptores y los booleano “AND” y “OR”
(Depression) OR (Anxiety) AND (Treatment Adherence and Compliance) AND (HIV)”
Se obtuvo un 1 resultado que cumple con mis criterios de inclusión y exclusión.

Búsqueda en “Bola de nieve”:

Realizo una búsqueda mediante la estrategia de “bola de nieve” y se consiguen 3 artículos que cumplen con mis criterios de búsqueda

4. Metodología y resultados de la búsqueda bibliográfica : Diagrama de flujo

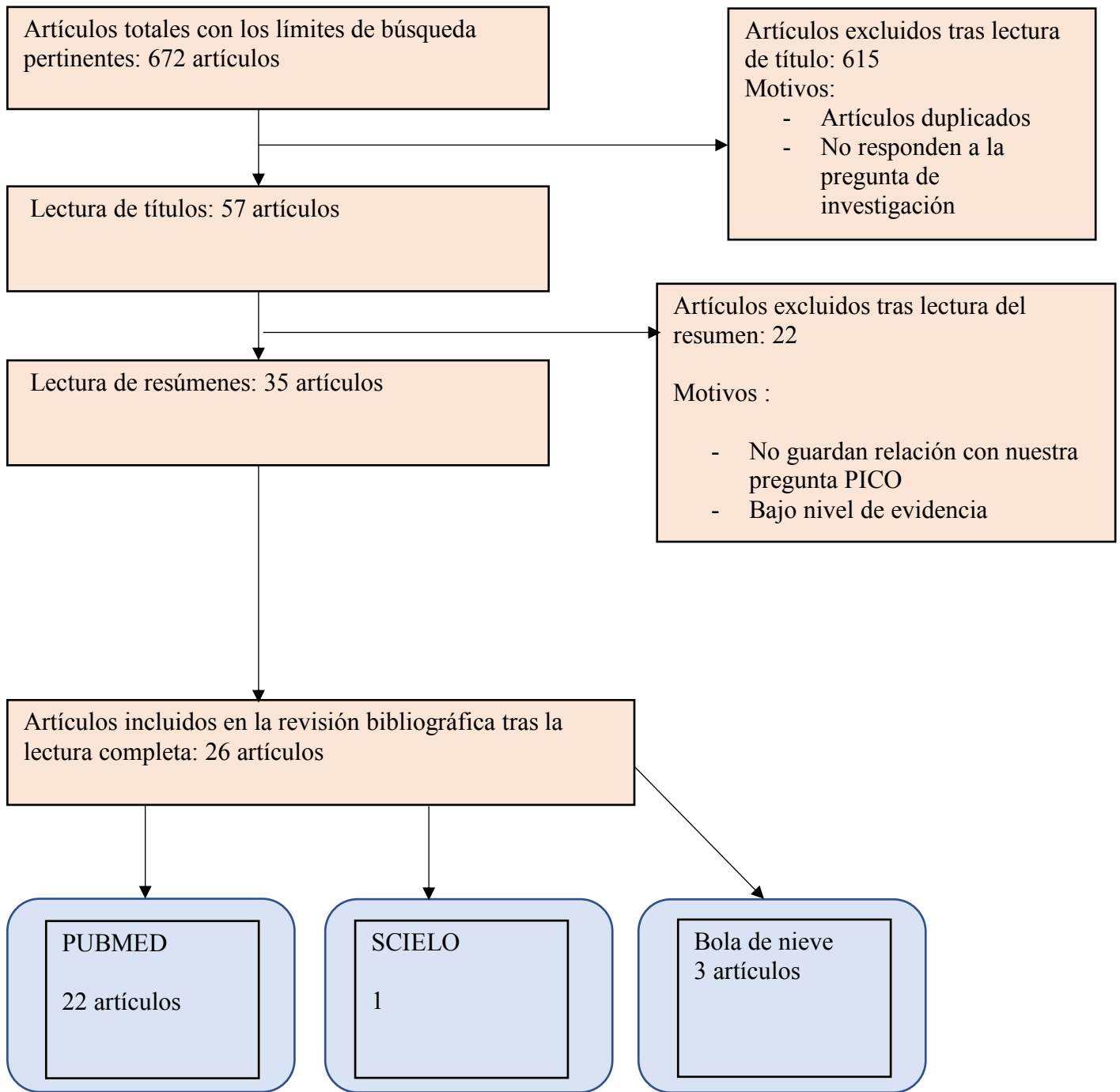


Figura 1: Flujograma resultados de búsqueda bibliográfica

5. Discusión

La mala adherencia a los tratamientos antirretrovirales en pacientes con VIH es un tema de interés para muchas investigaciones actuales ya que su origen multifactorial supone un reto para los sistemas sanitarios (5). Entre las causas identificadas, los factores psicológicos han mostrado tener un gran impacto en el logro de los objetivos clínicos por lo que deben ser objeto de estudio (6).

○ *Depresión*

La depresión se presentó como el factor psicológico más influyente y mostró ser un factor predictor de la mala adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) (3,6). Varios estudios, como el de Spielman (2021), identificaron altos niveles de prevalencia de la depresión en pacientes con VIH (4,6,7). El 87% de los participantes informaron haber sufrido al menos un episodio depresivo en el último mes y el 53% sufrieron tres o más síntomas depresivos en el mismo periodo (4). Según Gardner (2016), los pacientes con niveles muy altos de sintomatología depresiva presentaron más dificultades para mantener una buena adherencia y un correcto seguimiento médico, ya fuese este de modalidad presencial o telefónica (6, 7, 8). En dicho estudio, solamente un 26% de los 1.838 pacientes con alta sintomatología depresiva respondieron a al menos el 60% de las llamadas de seguimiento médico y enfermero (6).

Tao (2017) observó un incremento de un 16% de probabilidades de haber incumplido en alguna toma de medicación en los últimos 3 meses por cada punto que se obtuvo en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (3).

Los síntomas más reportados por los pacientes fueron la pérdida de interés o placer en hábitos que antes les gustaban, decaimiento, irritabilidad, desesperación o estar deprimidos, problemas para conciliar el sueño o, por el contrario, dormir demasiado tiempo, síntomas propios de la depresión (4). Spielman también informó de una debilitación del enfoque cognitivo de los pacientes depresivos, disminuyendo su energía y su motivación, afectando a su voluntad y a su capacidad de cumplir con el TAR. Dicha situación crea obstáculos internalizados que impiden una correcta adherencia (4, 8). Además, advierte que los síntomas depresivos mantenidos en el tiempo conllevaron al aislamiento social y al sentimiento de falta de apoyo y desesperanza, aislando al individuo de quienes podrían ayudarle a cumplir el tratamiento y supervisarle (4).

Según Williams (2014), los pacientes presentaron un notable alivio emocional al lograr puntuaciones menores de 16 puntos en la escala CES-D (7).

Pese a ello, la depresión diagnosticada en su grado más leve también mostró repercutir en la adherencia. El 13.6% de los participantes del estudio de Wagner (2017) afirmaron haber omitido alguna dosis del tratamiento en la última semana y mejoraron su adherencia al ser intervenidos. En otros casos también se observó que algunos pacientes con depresión menor presentaron una mejoría sin haber recibido tratamiento para la depresión y bastó con el hecho de participar y sentirse escuchados o darle la importancia que se merecen. Ello fue suficiente para que empiecen a sentirse motivados para seguir el tratamiento antirretroviral (9).

Respecto a los hábitos tóxicos, Tao observó que tenían un efecto potenciador del síndrome depresivo, afectando por consiguiente a la adherencia terapéutica (3). Se estima que entre el 25 y el 50% de las personas con VIH son bebedores peligrosos, por lo tanto, el alcohol juega un papel negativo ya que los pacientes bebedores presentan peores niveles de adherencia, además de una función hepática comprometida (10).

En las terapias psicológicas utilizadas en el estudio de Pokhrel (2018) se observó que sus intervenciones para abordar los síntomas depresivos tuvieron un efecto positivo en la reducción de los hábitos tóxicos, mejorando las capacidades de afrontamiento, de autocuidados y reduciendo la angustia (11). En algunos casos el tomar el TAR fue una causa motivadora para dejar el alcohol. Por contra, también se reportaron casos en los que los pacientes adictos a las bebidas alcohólicas renunciaron a la toma de medicación para no mezclarlas con el alcohol (2).

Respecto a la carga viral, en el estudio de Nguyen (2021) se demuestra que las personas que sufren de depresión y trastorno de ansiedad suelen tener una progresión más rápida hacia el SIDA y tasas de mortalidad más elevadas debido a la falta de supresión viral por mala adherencia (10). Williams también observó la relación entre el grado de cumplimiento del TAR con el logro de la supresión viral. En su estudio observó que el 77 % de los pacientes que tuvieron una adherencia superior al 90 % lograron alcanzar la supresión viral. Por otro lado, los pacientes con una adherencia menor al 90 % solo lograron una tasa de éxito de la supresión viral del 41% en su grupo (7). Por ello, concluyó que las tasas deseables de adherencia deben situarse siempre por encima del 90% (7,10). Por contra, Bezabhe (2016) afirma que para los pacientes que toman medicamentos antirretrovirales de nueva generación sería suficiente con

una tasa de adherencia próxima al 80% o 90% para alcanzar dicho objetivo. Aun así, es necesario mantener unos niveles de adherencia lo más altos posible para lograr el éxito del tratamiento a largo plazo (12). Dichos datos sugieren que para alcanzar la supresión viral y minimizar los riesgos derivados de la enfermedad es necesario tratar la sintomatología mental y formar al personal sanitario (7).

Como estrategia de tratamiento, Williams señala que es importante analizar el origen de la depresión ya que la población con VIH es más vulnerable a padecerla y el manejo eficaz de la enfermedad puede ser suficiente para aliviar dicha sintomatología. Por contra, puede que la depresión sea subyacente a la enfermedad y requiera realmente de un tratamiento crónico para mantener la adherencia al TAR en el tiempo, por lo que es fundamental una correcta valoración médica (7).

Para evitar estos impactos emocionales y sociales de la depresión, Pokhrel destaca la importancia de que los profesionales sanitarios trabajen los factores emocionales, la adaptación, el desarrollo de habilidades religiosas, mejorar el apoyo familiar, trabajar la memoria, fomentar las habilidades de autocuidado y dar asesoramiento individual para los efectos secundarios de la medicación (11).

○ *Motivación*

La motivación también mostró ser un factor clave. En un estudio de Wagner (2017) se describe que una buena motivación guarda una relación positiva con el cumplimiento terapéutico y es un buen predictor de una buena adherencia (9). Las intervenciones sobre la motivación mejoraron especialmente la motivación intrínseca, que es la que nace de las recompensas internas y que provoca una satisfacción personal interna (13,14). Para favorecerla los estudios coinciden en la importancia del apoyo a la autonomía, que a la vez aumenta la competencia percibida por el individuo. Por contra, en los casos en los que la motivación se intentó regular mediante regulaciones externas las tasas de éxito fueron menores (13,15). Las personas motivadas mejoraron su adherencia al tratamiento y las tasas de asistencia médica. Además, la motivación mostró ser un factor protector frente a los hábitos perjudiciales ya que se observó una disminución del consumo de tóxicos y alcohol. La alta motivación y rechazo a los hábitos tóxicos supuso una reducción de la gravedad de la sintomatología psiquiátrica y una mejor percepción de la salud emocional (9,14).

Respecto al mantenimiento del nivel motivacional, en el estudio de Scharer (2020) se observó que la motivación tiende a descender con el paso del tiempo y que requiere de intervenciones largas para poder perdurar con el paso del tiempo (14). Otros factores como altos niveles de estigma, depresión o altos consumos de tóxicos también mostraron reducir el nivel de motivación, por lo cual deben de tenerse en cuenta (14, 15).

Por ello, además de las intervenciones psicológicas motivadoras, Shresta (2019) destacó en su artículo la importancia de mantener controlado el síndrome de abstinencia. En su estudio se hizo uso de dosis controladas de metadona para evitar la aparición de dicho síndrome. Gracias a ello se obtuvieron resultados muy positivos ya que los niveles de motivación pudieron mantenerse altos, lo que implicó una mejor adherencia al TAR y facilitó acercarse al objetivo de la supresión viral (15).

Por último, cabe destacar que la depresión también actúa de forma indirecta sobre la motivación y la autoeficacia, por eso es muy importante trabajar la sintomatología asociada para obtener mejores resultados (10).

- *Ansiedad*

La ansiedad se asoció a los pacientes con depresión sin embargo se dispone de escasos estudios científicos donde se trate en profundidad.

Los niveles de ansiedad más altos se identificaron mayoritariamente en el diagnóstico de la enfermedad al experimentar el luto por la pérdida de la salud y también fue catalogado como un predictor de mala adherencia (3,8). El incremento de cada punto en la escala de depresión y ansiedad (HADS) se asoció con un 17% más de probabilidades de presentar una adherencia por debajo del 90%. En los casos en los que se diagnosticó una ansiedad límite, las probabilidades de una mala adherencia fue del 85% (3). Además, se asoció a la ansiedad con alteraciones del sistema inmunológico, con un impacto sobre la evolución del VIH (8).

En el estudio de Pokhrel (2018) se realizó un programa comunitario para tratar la ansiedad y se logró mejorar tras la prestación de apoyo emocional y social. Dichas intervenciones disminuyeron la ansiedad en un 46% (11). En el estudio de Nguyen (2021) se observó que los participantes que presentaron niveles más leves y controlados de ansiedad tenían más capacidad

de consciencia sobre el tratamiento y de preocuparse por su estado de salud, motivándose para mejorar su salud general. Sin embargo, los niveles más altos de ansiedad tenían más probabilidad de abandonar el tratamiento (3,10).

- *Estigma*

En este apartado voy a hablar del estigma y de cómo su impacto psicológico afecta a la adherencia terapéutica. Empezaré refiriéndome al estigma internalizado que es un subtipo de estigma en el que el paciente con VIH acepta e interioriza las evaluaciones negativas que tiene la sociedad contra él. Este se asocia con la pérdida de calidad de vida, trastornos afectivos, cognitivos y mentales como la depresión, ansiedad, desesperación y pérdida de autoeficacia (16,17). Estos síntomas son especialmente fuertes cuando el diagnóstico del VIH es reciente (15,16,17). Se encontró una asociación entre el estigma percibido y la depresión, de forma que altos niveles de estigma dieron lugar a fuertes síntomas depresivos, lo que a la vez conllevó a bajos niveles de motivación (4,16,17).

Para reducir el estigma interiorizado se ha observado que las intervenciones psicoeducativas pueden llegar a tener un mayor éxito que otros enfoques. Los grupos en los que se realizaron terapias psicoeducativas redujeron significativamente el estigma percibido frente a los grupos de control (16). Al abordar la conducta, la depresión y los sentimientos de culpabilidad se observó una reducción importante del estigma (15,16,17). Los pacientes diagnosticados de depresión profunda o estrés postraumático son los que presentaron mayor margen de éxito tras la intervención. Por ello se considera que las intervenciones psicosociales deben estar destinadas a la creación de habilidades, redes de apoyo social y a trabajar la inteligencia emocional para manejar los sentimientos negativos derivados del estigma (16).

Por otro lado, también se observó un estigma anticipado en la población expuesta y se define como el estigma percibido por el individuo ante la posibilidad de ser relacionado con la enfermedad y se produce antes de su diagnóstico (4,17). Este no afectó directamente a la adherencia, pero sí a su diagnóstico temprano. Esta modalidad de estigma vino dada por el miedo que padece el individuo a ser diagnosticado o relacionado con la enfermedad y ello supone una barrera para realizarse la prueba (4, 15). Los pacientes que lo padecen refieren sentimientos de angustia y preocupación por las posibles consecuencias del resultado positivo del test. Los miedos más comentados fueron el miedo a tener problemas para encontrar parejas

sexuales, miedo a la ruptura de su relación amorosa actual y enfado de su entorno o a ser tratados mal. Los datos revelan que el estigma anticipado fue mayor en los individuos que se negaron a la realización de las pruebas serológicas frente a al estigma experimentado por los que dieron positivo (4).

Respecto a su relación con la adherencia, estudios como el de Spielman (2021) y Sweeney (2016) no observaron una relación directa entre estigma y la falta de adherencia al TAR (4,17). Pero si se vio que los efectos psicológicos negativos derivados del estigma, como la depresión, afectaron claramente a la adherencia al TAR (4,7). Por ello concluye que es importante abordar el estigma social para prevenir estos efectos negativos. Aumentar el apoyo social también mostró ser un factor protector contra la depresión (4).

- *Fatiga*

La fatiga fue otro factor a tener en cuenta. En los estudios disponibles no se asoció la fatiga con el diagnóstico de la enfermedad, sino que su origen se vincula a la fase de tratamiento antirretroviral. La frecuencia de las dosis prescritas, ocultar el tratamiento, la cantidad de pastillas a tomar o en el tamaño de estas se mostraron como factores predisponentes a padecer la fatiga (18,19). Además, cuando la adherencia no fue optima, también se observó fatiga en los cuidadores o personas que supervisan o acompañan al paciente en el tratamiento de su enfermedad. Las mentiras, la dificultad de controlar el cumplimiento o la negación a tomarse la medicación fueron las principales causas reportadas para su aparición (19).

Dada la cronicidad de la enfermedad y al ser un tratamiento a seguir durante toda la vida se observó que la experiencia de fatiga del tratamiento puede ser dinámica, repetida y cambiante (18,19). En algunos estudios se observó una reducción de la fatiga cuando se realizaron interrupciones intencionales y temporales del tratamiento, sin embargo, los riesgos de morbilidad y mortalidad son muy altos, por lo cual, no fueron recomendados. Las intervenciones conductuales en la fase de desarrollo del tratamiento parecen ser la mejor opción para tratar y prevenir este factor psicológico (19).

○ *Intervenciones psicológicas*

Como he mencionado a lo largo del trabajo, los factores psicológicos y la salud mental son clave para conseguir una buena adherencia terapéutica. Por ello, se han utilizado diversas intervenciones psicológicas para trabajar factores como la motivación, depresión y ansiedad.

Por ejemplo, en el estudio de None (2014) se realizó un terapia intervencionista racional-emotiva-conductual (TREC) con el fin de ayudar a las mujeres con VIH/SIDA a identificar y gestionar sus percepciones y creencias irracionales relacionadas con el VIH. TREC consistió en 6 sesiones terapéuticas individuales y 2 sesiones conjuntas. La terapia buscó abordar actitudes, comportamientos irracionales y sentimientos de desesperación, impotencia, pesimismo o sentimiento de pérdida de propósito de la vida. Tras 8 semanas de intervención los pacientes mostraron una disminución de los indicadores mentales comunes, lo que supuso un aumento de la adherencia al tratamiento antirretroviral. Además, se demuestra que los pacientes que realizan la terapia TREC disminuyeron significativamente los niveles de depresión y el trastorno de ansiedad de un 58,8% a un 22.2% tras la octava semana (20). Los pacientes refieren haberse beneficiado de la terapia conductual aprendiendo nuevos conocimientos, liberando sus emociones y recuperando la esperanza. Además, pudieron establecer nuevas metas con la ayuda de los otros participantes y hacer nuevos amigos, promocionando así unos buenos resultados sobre la depresión y ansiedad (20, 21). Las diversas variantes de las terapias cognitivo-conductuales contribuyeron a alcanzar el bienestar psicológico, mejorar la calidad de vida, aumentar la percepción de apoyo social y a aumentar el interés de los pacientes en el tratamiento (20,21,22).

En otros lugares, como en países bajos, se han propuesto Estrategias de Autogestión (AIMS) para mejorar la adherencia en pacientes con VIH mediante intervenciones implementadas por enfermeras previamente preparadas. El programa consistió en enseñar al paciente conductas de rutina para automatizar la toma del TAR. Tras 15 meses se observó una mejora en la adherencia en el grupo intervención y la carga viral fue 1,26 puntos menor en comparación con el grupo con tratamiento habitual (23). Asociar la toma del tratamiento a hábitos de la vida diaria es una táctica que Jennings Mayo-Wilson (2020) también emplea en su estudio para mejorar la adherencia tras la pérdida de la motivación al iniciar el TAR. Este estudio comenta que los hábitos más rutinarios no siempre se realizan en casa, por lo que

necesitan soluciones para crear un buen vínculo entre tratamiento antirretroviral y la rutina del paciente. Se dan consejos como pedir ayuda a un familiar para que pregunte por el cumplimiento del tratamiento, coger la medicación al salir del hogar y camuflarla en un recipiente que no delate el diagnóstico, llevar siempre una botella de agua para la toma de medicación o usar alarmas de recordatorio (18). Estas prácticas muestran ser factibles para continuar el tratamiento fuera del hogar, ya sea el trabajo, en reuniones sociales o viajes sin miedo a ser estigmatizado o rechazado socialmente (2,18,22).

Otros estudios como el de Kalichman (2019) proponen implantar terapias a distancia de autorregulación conductual para tratar la falta de adherencia intencional. Los resultados fueron positivos ya que la adherencia se incrementó de un 87% a un 96%. Tratar las preocupaciones relacionadas con el estigma o las creencias erróneas sobre el TAR mejoraron la adherencia. También se trabajaron otros factores problemáticos como la desconfianza médica, falsas creencias religiosas, las respuestas emocionales inmediatas que conducían a resultados inapropiados o bien a comportamientos a adoptar para enfrentar la discriminación y la falta de atención al tratamiento o afrontamiento ineficaz. Estos datos sugieren la efectividad de las terapias pese a ejercerse a distancia y ofrece un servicio más rápido y con menos carga que la terapia presencial. Además, brinda una mayor flexibilidad y evita tener que desplazarse a las citas (2).

Por último, Wimberly (2020) en su estudio propone el yoga como terapia alternativa para lograr el equilibrio emocional necesario para el cumplimiento del TAR y contribuir así a disminuir la carga viral. Los resultados del estudio muestran un aumento de la adherencia en los pacientes de la terapia con yoga respecto a los participantes del tratamiento habitual. Sin embargo, no se observaron cambios significativos en la carga viral. Dicho resultado puede deberse a la corta duración del estudio (24).

- *Aplicaciones digitales para mejorar la adherencia*

Algunos estudios como el de Tran (2023) centraron su atención en los beneficios que pueden aportar las nuevas tecnologías para mejorar la adherencia en pacientes con VIH. En su artículo se centró en una muestra poblacional con mala adherencia y reportó un aumento de la adherencia al TAR tras la instauración de los recordatorios mediante la aplicación mHealth frente al grupo control (13,25). Otro estudio que avaló el uso de aplicaciones digitales

fue el de Ware (2016), en el que los recordatorios involucraron a los pacientes en la toma de medicación y a ayudaron a instaurar dicho hábito como rutina (13,26).

Mediante estas aplicaciones los participantes recibieron recordatorios diarios y semanales y eligieron la hora preferida para adecuar la toma de medicación a sus hábitos y compromisos diarios (13, 25, 26). Los participantes que recibieron recordatorios diarios y no semanales se mostraron más satisfechos y arropados por el sistema sanitario, lo cual les motivó. Los recordatorios semanales mostraron ser menos efectivos ya que los pacientes tenían que acordarse por sí solos de la toma de medicación diaria y condujo a olvidos o a tomas a deshoras (26).

Además, la implantación de la intervención digital no solo fue exitosa en las poblaciones con falta de adherencia, sino que también fue positiva en las muestras poblacionales que ya presentaban buena adherencia inicial. Este fue el caso de Claborn (2014) que basó su estudio en una muestra poblacional con una adherencia alta, próxima al 95%. Gracias a los recordatorios el grupo de intervención pudo mejorar aún más sus porcentajes de cumplimiento y mantuvo su grado de adherencia en el tiempo gracias a la aplicación digital. Por contra, en el grupo control de su muestra disminuyó ligeramente su tasa de adherencia. Estos resultados sugieren efectos beneficiosos para el mantenimiento del tratamiento en el transcurso del tiempo gracias a las aplicaciones digitales (27).

Tras un período desde la instauración de la aplicación los pacientes notificaron que antes de recibir los recordatorios ya tenían en cuenta que les tocaba tomar la medicación y estaban preparados (26). Además, refirieron una reducción de los niveles de desesperanza y depresión al sentirse arropados diariamente en su tratamiento lo que generó sentimientos de responsabilidad, confianza y determinación para afrontar su enfermedad (25, 26). Además, el uso de las aplicaciones mejoró las tasas de asistencia médica y la adherencia a corto y largo plazo al mejorar la autoeficacia en el manejo de la medicación (25,27). Otro efecto positivo fue el descenso del consumo de alcohol y drogas en las aplicaciones que promueven también hábitos saludables e información, sin embargo, aumentó el hábito de tabaquismo (25).

Estos avances tecnológicos en comunicación y atención digital mostraron efectividad y capacidad de cambiar el enfoque de la atención en la salud. Las aplicaciones digitales permitieron actuar como difusores de información de interés, mejorar la adherencia al

tratamiento, manejo de la sintomatología o como canal de comunicación a distancia con los profesionales de la salud (25). En definitiva, tienen como objetivo mejorar la autoeficacia y los comportamientos saludables mediante un método económico y conciso y es un medio válido para numerosas enfermedades crónicas (25, 27). Por contra, los estudios refieren que la autoeficacia en el manejo del tratamiento puede descender con el paso del tiempo por dependencia a la aplicación y serían necesarios estudios más largos para confirmar dicha hipótesis (25).

6. Limitaciones

Dada la literatura científica actual, son necesarias nuevas líneas de investigación que estudien más algunos factores psicológicos como el estrés, la ansiedad o la fatiga ya que los artículos disponibles al respecto son muy escasos y poco concisos. Además, es vital que los estudios valoren a los pacientes desde una perspectiva biopsicosocial para poder abordar todas las necesidades de cada individuo y evitar sesgos por pérdida de información.

En cuanto a la recogida de datos, la mayoría de los ensayos hicieron uso de cuestionarios autoinformados, los cuales pueden estar influenciados en sus respuestas por varios sesgos, como el consumo de sustancias o por sesgos de deseabilidad social. Además, se observó que los pacientes sobreestiman sus respuestas alterando así los resultados. Una posible solución sería reforzar la recogida de datos con entrevistas personales, la monitorización microelectrónica o ensayos para medir la carga viral del VIH.

Respecto a la duración, los estudios existentes tienen una duración corta que no suele ser superior a 2 años. Se necesitan estudios más largos para observar la evolución de los síntomas psicológicos, así como la perdurabilidad de las intervenciones realizadas y el mantenimiento de la adherencia a largo plazo. Además, en algunos casos las muestras poblacionales fueron pequeñas, lo que dificulta que los resultados obtenidos cobren relevancia.

Otra limitación fueron las tasas de abandono. Las causas más reportadas fueron los altos niveles de depresión o dependencia a sustancias, hospitalización, trabajo o la falta de medios de transporte o problemas para costearlos. Por ello, hay estudios donde los investigadores toman la iniciativa de proporcionar incentivos para el transporte o complementar las terapias presenciales con seguimiento telefónico.

Por último, respecto a la inclusión de nuevas tecnologías, cabe destacar que pese a sus beneficios puede ser un medio poco accesible para la población con bajos recursos económicos, bajo nivel de escolarización o gente de avanzada edad. Ello conlleva que una parte de la población no tenga acceso a estos medios. Además, hubo pacientes que se negaron al uso de mensajes o alarmas por miedo a llamar la atención y desvelar su estado serológico.

7. Conclusiones

Los factores psicológicos mostraron tener un impacto sobre la adherencia de los pacientes diagnosticados de VIH, afectando así al correcto cumplimiento de los tratamientos médicos recomendados. La presencia de síntomas como la depresión, la falta de motivación, la ansiedad, la fatiga o el estigma estuvieron muy presentes en las muestras poblacionales y crearon obstáculos internalizados que impedían una adherencia óptima. Las problemáticas sociales también dificultaron la adherencia al tratamiento y en algunos casos fue un estímulo negativo para alcanzar el bienestar mental requerido para la buena adherencia. Ello recalca la importancia de ofrecer una atención sanitaria desde una perspectiva biopsicosocial que aborde las necesidades del paciente de forma íntegra.

Las intervenciones psicológicas mostraron ser efectivas para reestablecer el equilibrio emocional, reducir el consumo de tóxicos y mejorar la adherencia al tratamiento. Por ello es necesario seguir promocionando intervenciones efectivas y formar al personal sanitario. Sin embargo, se precisan de más estudios para comprobar la perdurabilidad de estas intervenciones a largo plazo.

Además, la inclusión de nuevas tecnologías mediante aplicaciones digitales ayudó a mejorar la adherencia y a evitar descuidos en la medicación. Esta intervención digital fue bien aceptada por los pacientes ya que se sintieron más acompañados en su proceso de tratamiento y permitieron a los sanitarios un contacto más cercano.

8. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Who [Internet]. VIH y SIDA. 13 de Julio 2023. Página web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

2. Kalichman SC, Mathews C, Banas E, Kalichman MO. Stigma management intervention to improve antiretroviral therapy adherence: Phase-I test of concept trial, Cape Town South Africa. *Glob Public Health* [Internet]. 2019 [citado el 17 de enero de 2024];14(8):1059–74. Doi: [10.1080/17441692.2018.1552307](https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1552307)
3. Tao J, Qian H-Z, Kipp AM, Ruan Y, Shepherd BE, Amico KR, et al. Effects of depression and anxiety on antiretroviral therapy adherence among newly diagnosed HIV-infected Chinese MSM. *AIDS* [Internet]. 2017 [citado el 9 de enero de 2024];31(3):401–6. Doi: 10.1097/QAD.0000000000001287
4. Spielman KL, Soler-Hampejsek E, Muula AS, Tenthani L, Hewett PC. Depressive symptoms, HIV-related stigma and ART adherence among caregivers of children in vulnerable households in rural southern Malawi. *PLoS One* [Internet]. 2021 [citado el 17 de enero de 2024];16(3):e0247974. Doi: 10.1371/journal.pone.0247974
5. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta méd Grupo Ángeles* [Internet]. 2018 [citado el 11 de enero de 2024];16(3):226–32. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
6. Gardner LI, Marks G, Shahani L, Giordano TP, Wilson TE, Drainoni M-L, et al. Assessing efficacy of a retention-in-care intervention among HIV patients with depression, anxiety, heavy alcohol consumption and illicit drug use. *AIDS* [Internet]. 2016 [citado el 9 de enero de 2024];30(7):1111–9. Doi: 10.1097/QAD.0000000000001019
7. Williams AB, Wang H, Li X, Chen J, Li L, Fennie K. Efficacy of an evidence-based ARV adherence intervention in China. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2014 [citado el 11 de enero de 2024];28(8):411–7. Doi: 10.1089/apc.2014.0070
8. Cardona-Duque DV, Medina-Pérez OA, Herrera-Castaño SM, Orozco-Gómez PA. Adherence to antiretroviral treatment and associated factors in people living with HIV/AIDS in Quindío, Colombia. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb* [Internet]. 2017;65(3):403–10. Doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n3.55535>

9. Wagner GJ, Ghosh-Dastidar B, Robinson E, Ngo VK, Glick P, Mukasa B, et al. Effects of depression alleviation on ART adherence and HIV clinic attendance in Uganda, and the mediating roles of self-efficacy and motivation. *AIDS Behav* [Internet]. 2017 [citado el 9 de enero de 2024];21(6):1655–64. Doi: 10.1007/s10461-016-1500-0
10. Nguyen MX, McNaughton Reyes HL, Pence BW, Muessig K, Hutton HE, Latkin CA, et al. The longitudinal association between depression, anxiety symptoms and HIV outcomes, and the modifying effect of alcohol dependence among ART clients with hazardous alcohol use in Vietnam. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2021 [citado el 9 de enero de 2024];24(S2). Doi: 10.1002/jia2.25746
11. Pokhrel KN, Sharma VD, Pokhrel KG, Neupane SR, Mlunde LB, Poudel KC, et al. Investigating the impact of a community home-based care on mental health and anti-retroviral therapy adherence in people living with HIV in Nepal: a community intervention study. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2018 [citado el 9 de enero de 2024];18(1). Doi; 10.1186/s12879-018-3170-1
12. Bezabhe WM, Chalmers L, Bereznicki LR, Peterson GM. Adherence to antiretroviral therapy and virologic failure: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2016 [citado el 9 de enero de 2024];95(15):e3361. Doi: 10.1097/MD.0000000000003361
13. Vian T, Bachman DeSilva M, Cabral HJ, Williams GC, Gifford AL, Zhong L, et al. The role of motivation in predicting antiretroviral therapy adherence in China. *J Health Psychol* [Internet]. 2018 [citado el 11 de enero de 2024];23(14):1895–904. Doi: 10.1177/1359105316672922
14. Scharer J, Arnold R, Wald R, Nichols J, Medoff D, Himelhoch S, et al. Personal approach to treatment choices for HIV (PATCH): Randomized controlled trial of a brief motivational enhancement intervention to improve medication adherence in persons with HIV. *AIDS Behav* [Internet]. 2020 [citado el 17 de enero de 2024];24(6):1893–902. Doi: 10.1007/s10461-019-02759-3
15. Shrestha R, Altice FL, Copenhaver MM. HIV-related stigma, motivation to adhere to antiretroviral therapy, and medication adherence among HIV-positive methadone-maintained

patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2019 [citado el 17 de enero de 2024];80(2):166–73. Doi: [10.1097/QAI.0000000000001891](https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001891)

16. Yigit I, Modi RA, Weiser SD, Johnson MO, Mugavero MJ, Turan JM, et al. Effects of an intervention on internalized HIV-related stigma for individuals newly entering HIV care. *AIDS* [Internet]. 2020 [citado el 9 de enero de 2024];34(1):S73–82. Doi: [10.1097/QAD.0000000000002566](https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002566)

17. Sweeney SM, Vanable PA. The association of HIV-related stigma to HIV medication adherence: A systematic review and synthesis of the literature. *AIDS Behav* [Internet]. 2016 [citado el 17 de enero de 2024];20(1):29–50. Doi: [10.1007/s10461-015-1164-1](https://doi.org/10.1007/s10461-015-1164-1)

18. Jennings Mayo-Wilson L, Devoto B, Coleman J, Mukasa B, Shelton A, MacCarthy S, et al. Habit formation in support of antiretroviral medication adherence in clinic-enrolled HIV-infected adults: a qualitative assessment using free-listing and unstructured interviewing in Kampala, Uganda. *AIDS Res Ther* [Internet]. 2020 [citado el 9 de enero de 2024];17(1). Doi: [10.1186/s12981-020-00283-2](https://doi.org/10.1186/s12981-020-00283-2)

19. Claborn KR, Meier E, Miller MB, Leffingwell TR. A systematic review of treatment fatigue among HIV-infected patients prescribed antiretroviral therapy. *Psychol Health Med* [Internet]. 2015 [citado el 17 de enero de 2024];20(3):255–65. Doi: [10.1080/13548506.2014.945601](https://doi.org/10.1080/13548506.2014.945601)

20. None S, Ismail RI, None I, Djoerban Z, Utomo B, None S, et al. The effect of rational emotive behavior therapy (REBT) on antiretroviral therapeutic adherence and mental health in women infected with HIV/AIDS. *Acta Med Indones* [Internet]. 2014 [citado el 9 de enero de 2024];46(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25633544/>

21. Han S, Hu Y, Lu H, Zhang L, Zhu Z, Luo J, et al. Cognitive behavioral therapy for persons living with HIV in China: A randomized pilot trial. *J Affect Disord* [Internet]. 2020 [citado el 9 de enero de 2024];277:640–8. Doi: [10.1016/j.jad.2020.08.085](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.085)

22. Abbas Q, Nisa M, Khan MU, Anwar N, Aljhani S, Ramzan Z, et al. Brief cognitive behavior therapy for stigmatization, depression, quality of life, social support and adherence to treatment among patients with HIV/AIDS: a randomized control trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2023 [citado el 9 de enero de 2024];23(1). Doi: [10.1186/s12888-023-05013-2](https://doi.org/10.1186/s12888-023-05013-2)

23. De Bruin M, Oberjé EJM, Viechtbauer W, Nobel H-E, Hiligsmann M, van Nieuwkoop C, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a nurse-delivered intervention to improve adherence to treatment for HIV: a pragmatic, multicentre, open-label, randomised clinical trial. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2017 [citado el 9 de enero de 2024];17(6):595–604. Doi: 10.1016/S1473-3099(16)30534-5
24. Wimberly AS, Gross R, Layde M. Effect of yoga on antiretroviral adherence postincarceration in HIV+ individuals. *J Correct Health Care* [Internet]. 2020 [citado el 9 de enero de 2024];26(1):83–94. Doi: 10.1177/1078345819897924
25. Tran BX, Bui TM, Do AL, Boyer L, Auquier P, Nguyen LH, et al. Efficacy of a mobile phone-based intervention on health behaviors and HIV/AIDS treatment management: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* [Internet]. 2023 [citado el 9 de enero de 2024];25:e43432. Doi: 10.2196/43432
26. Ware NC, Pisarski EE, Tam M, Wyatt MA, Atukunda E, Musiimenta A, et al. The Meanings in the messages: How SMS reminders and real-time adherence monitoring improve antiretroviral therapy adherence in rural Uganda. *AIDS* [Internet]. 2016 [citado el 9 de enero de 2024];30(8):1287–93. Doi: [10.1097/QAD.0000000000001035](https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001035)
27. Claborn KR, Leffingwell TR, Miller MB, Meier E, Stephens JR. Pilot study examining the efficacy of an electronic intervention to promote HIV medication adherence. *AIDS Care* [Internet]. 2014 [citado el 9 de enero de 2024];26(3):404–9. Doi: [10.1080/09540121.2013.824534](https://doi.org/10.1080/09540121.2013.824534)

9. Anexos

A continuación, en este apartado de los anexos voy a exponer las tablas. En primer lugar, encontraremos la tabla de SIGN que nos marca el nivel de evidencia (Ver tabla 3). En segundo lugar, encontramos la tabla de grado de recomendación USPSTF (Ver tabla 4). Por último, la tabla de los artículos seleccionados para la revisión (Ver tabla 5).

NE	INTERPRETACIÓN
1++	Meta-análisis de alta calidad, RS de EC o EC de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Meta-análisis bien realizados, RS, de EC o EC bien realizados con poco riesgo de sesgos.
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con bajo riesgo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Tabla 3. Significación: procedimiento SIGN Tamara Otzen. Researchgate 2014

GRADO DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
A	Al menos un meta-análisis, RS o EC clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población blanco de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población blanco de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.

D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
----------	---

Tabla 4. Significación: procedimiento USPSTF. Tamara Otzen. Researchgate 2014

Año de publicación y n° de artículo	Autor principal	Lugar	Fecha de recopilación de datos y tipo de estudio	Inclusión de casos	Población de estudio	Fuente de datos	Tamaño de muestra	Rango de edad	CASPE	Grado de evidencia SIGN Y Grado de recomendación USPSTF
2019 (2)	Kalichman et al.	Ciudad del Cabo, Sudáfrica	Ensayo clínico, De agosto a octubre del 2019.	Una clínica pública de Ciudad del Cabo	Pacientes con VIH	-Entrevistas clínicas -Seguimiento mediante llamadas	N=50	-Adultos >18 años	7/11	1+ B
2017 (3)	Tao J et al.	China	Ensayo clínico aleatorizado, 2017	Hospital de Beijing	Pacientes con VIH con depresión y/o ansiedad	-Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS)	N=228	Adultos >18 años -Media de 28 años	10/11	1+ B
2021 (4)	Spielman KL et al.	Malawi	Ensayo controlado aleatorio Entre diciembre del 2016 y abril del 2017	Clínicas de VIH	Pacientes con VIH, depresión y estigma.	-Escala MICS, PHQ-9 y OVC. -Entrevista	N=818	Adultos >18 años	9/11	1+ B
2018 (5)	Ortega Cerdá, J J et al.	México	Ensayo clínico aleatorizado, 2018	Clínicas especializadas VIH	Pacientes con depresión y falta de adherencia	Revisión sistemática narrativa	Sin muestra poblacional	Adultos >18 años	RS Narrativa	-
2016 (6)	Gardner LI et al.	EE.UU	Ensayo clínico aleatorizado, 2016	6 clínicas especializadas en	Pacientes con VIH	-Autoentrevista	N=1838	Adultos con edad	8/11	2++ B

				tratamiento del VIH de EE.UU		-Inventario de Síntomas de Pearson. -BSI		media de 40 años		
2014 (7)	Williams AB, et al.	Hunan, China	Ensayo clínico aleatorizado, 2014	Clínica china CARES	Pacientes con VIH	-Escala EVA modificada -Escala SSRS	N=110	Adultos >18 años	9/11	1+ B
2017 (8)	Cardona-Duque DV et al.	Quindío, Colombia	Ensayo controlado aleatorio De 2015 a 2016	Clínicas de colombia especializadas en VIH	Pacientes con VIH	-Cuestionario de Morsky-Green. -Inventario de depresión de Beck. -Inventario de Beck. -Encuesta de Apoyo social y resultados médicos (MOS).	N=70	Adultos >18 años	9/11	1+ B
2017 (9)	Wagner GJ, et al.	Uganda	Ensayo controlado aleatorio. Entre enero y diciembre de 2013	Ensayo controlado aleatorio	Pacientes con VIH	-Cuestionario PHQ-2. -Mini entrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI)	N=1028	Adultos >18 años	10/11	1+ B
2021 (10)	Nguyen MX, et al.	Vietnam	Ensayo controlado aleatorio. Entre marzo de 2016 y mayo de 2018	Clínicas de tratamiento antirretroviral (TAR) en Vietnam	Pacientes con VIH y con consumo peligroso de alcohol	-Escala Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) -Escala Trastorno de Ansiedad	N= 440	Adultos >18 años -Media de 40,2 años	10/11	1+ B

						Generalizada-7 (TAG-7) -Cuestionario Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)				
2018 (11)	Pokhrel KN, et al.	Nepal	Ensayo controlado aleatorio. De marzo a agosto del 2015.	Centro comunitario de Nepal.	Población con VIH	-Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD). -Entrevista diagnóstica internacional (CIDI-SF). -Escala de estrés percibido (PSS).	N=682	Adultos >18 años	9/11	1+ B
2016 (12)	Bezabhe WM, et al.	África EE.UU Canadá Europa Asia Otros	Metaanálisis. Hasta el 17 de abril de 2015	Clínicas que tratan y estudian el VIH/SIDA	Pacientes con VIH	-Formularios estandarizados		Adultos >18 años	8/11	1+ B
2016 (13)	Vian T, et al.	China	Ensayo clínico aleatorio 2013-2014	Clinica de TAR en la Región Autónoma de Guangxi	Pacientes chinos con VIH	-Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) -Cuestionario de autorregulación	N=115	Adultos >18 años	8/11	2++ B

						del tratamiento (TSRQ) -Escala de Competencia percibida -WPC para calcular dosis tomadas -Cuestionario de 12 ítems para evaluar el apoyo social percibido -Versión china validada del índice de depresión de Beck				
2020 (14)	Scharer J et al.	Baltimore, Maryland	Ensayo piloto controlado aleatorizado, 2017	Clínica de Baltimore	Pacientes afroamericanos con VIH	-Entrevistas y Autoinformes -Entrevista ARTE -Encuesta de salud SF-12 -Breve Inventario de Síntomas (BSI)	N=34	Adultos >18 años	9/11	1+ B
2019 (15)	Shrestha R et al.	New Haven, EE.UU	Ensayo controlado aleatorio, Septiembre 2012-enero 2018.	Clínicas de EE.UU	Pacientes con VIH	-Escala analógica visual (EVA). -Autoentrevista asistida.	N=121	Adultos >18 años, Edad media 49 años	9/11	1+ B

2019 (16)	Yigit I et al.	Birmingham	Ensayo controlado aleatorio, 2018	Universidad de Alabama, universidad de Washington, Universidad de Johns Hopkins y Universidad de Seattle	Pacientes con VIH	-Escala PHQ-8 -Escala de estigma VIH -Escala COPE -Entrevista clínica	N=941	Adultos >18 años	9/11	1+ B
2016 (17)	Sweeney SM, et al.	Syracuse, NY	Revisión sistemática, 1 de enero de 1997 hasta 31 de diciembre de 2014	Universidad de Syracuse	Pacientes con VIH	- Entrevista autoinformada -Escala de Estigma -PHQ-9	Sin muestra poblacional (RS)	Adultos >18 años	8/10	1+ B
2020 (18)	Jennings Mayo-Wilson L, et al.	Kampala, Uganda	Estudio Cualitativo secundario a un ensayo clínico Entre abril y julio de 2018	Clínicas en Kampala	Población con VIH que muestran problemas de cumplimiento	-Entrevistas no estructuradas -Lista libre	N=42	Adultos >18 años -Edad media 39 años	9/11	1+ B
2015 (19)	Claborn KR et al.	Oklahoma, EE.UU	Revisión sistemática, 2015	Varias clínicas (RS).	Población con VIH y mala adherencia por fatiga.	-Encuestas -Entrevistas cualitativas	Sin muestra poblacional (RS)	Adultos >18 años	7/10	2+ C
2014 (20)	None S, et al.	Indonesia	Ensayo clínico aleatorizado	Clínica ambulatoria	Mujeres con VIH	-Cuestionario SRQ-20	N= 160	Adultos >18 años	9/11	1+ B

			Entre octubre de 2011 y marzo de 2012	de Pokdiksus y la Unidad de Diagnóstico Integral del SIDA del Hospital Dharmais						
2020 (21)	Han S, et al.	China	Ensayo piloto controlado aleatorizado Entre 12 marzo y 24 mayo de 2018	Centro de Salud Pública de Shanghái afiliado a la Universidad de Fudan	Pacientes con VIH la mayoría con un nivel educativo alto	-Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) -Escala Visual Analógica (EVA) -Cuestionario de Salud del Paciente-2 (PHQ-2) y PHQ-4 (añadidos algunos ítems de depresión) - Escala de Trastorno de Ansiedad General (GAD-2)	N=20 (por ser un estudio piloto)	Adultos > 18 años con una media de edad de 36 años	9/11	1+ B

2023 (22)	Abbas Q, et al.	Punjab, Pakistán	Ensayo clínico aleatorizado. Julio 2021 a octubre 2022	Clinica ART del Hospital Shahkot Nankana Sahib de la sede de Tehsil	Pacientes con VIH/SIDA en Shahkot	-Entrevistas -PHQ-9 -Escala General de Adherencia a la Medicación (GMAS) -Escala Multidimension al de Apoyo Social Percibido (MPSS) -Escala Breve de Calidad de Vida de la OMS (WHQO-B)	N=126	Adultos de 20 a 55 años	9/11	1+ B
2017 (23)	de Bruin M, et al.	Países Bajos	Ensayo controlado aleatorio Entre 1 de septiembre de 2011 y el 2 de abril de 2013	7 clínicas y hospitales académicos y no académicos de Países Bajos	Población con VIH	-MEMS	N= 221	Adultos >18 años	8/11	1+ B
2020 (24)	Wimberl y AS, et al.	Filadelfia, PA, EE.UU	Ensayo controlado aleatorio, 2019	Clínica de Filadelfiaa, EE.UU.	Población con VIH que estuvo en la cárcel en los últimos 12 meses.	-Prueba de detección de drogas II de la Universidad Cristiana de Texas	N=72	Adultos >18 años	8/11	2+ C
2023 (25)	Tran BX et al.	Vietnam	Ensayo controlado aleatorio,	Hospital Bach Mai y Hospital	Población con VIH en	-Cuestionario PHQ-9	N=425	-Edad media de 38 años	9/11	1+ B

			De marzo del 2018 hasta diciembre del 2019.	General Ha Dong	seguimiento médico.	-Escala analógica visual de adherencia al TAR. -Escala de autoeficacia para el TAR -Escala de autoeficacia para el manejo de síntomas de VIH.				
2016 (26)	Ware NC et al.	Mbarara, Uganda	Estudio cualitativo, ECA. Entre septiembre de 2013 y junio de 2015	Hospital Regional de Referencia de Mbarara (Uganda)	Población con VIH	-Entrevista individualizada abierta	N= 113	Adultos >18 años	10/10	1+ B
2014 (27)	Claborn KR, et al.	EE.UU	Ensayo controlado aleatorio, 2013	Centro de salud de Oklahoma.	Población con VIH	-Cuestionario de adherencia a los medicamentos AACTG. -Escala de autoeficacia HIV-ASES. -Cuestionario de satisfacción.	N=92	Adultos >18 años -Edad media de 44 años.	9/11	1+ B

Tabla 5: Artículos seleccionados para la revisión. Elaboración propia

