

38 Formulario de Adherencia a Medicamentos Antivirales






La mayoría de las personas con el VIH tienen que tomar muchas pastillas a diferentes horas del día.

Muchas personas encuentran que es difícil tomar sus pastillas de la manera recetada:

- Algunos están muy ocupados y se les olvida llevarlas adonde van.
- Otros encuentran difícil tomarse las pastillas de acuerdo con todas las instrucciones, como por ejemplo "tomar con comidas" o "tomar cada 8 horas".
- Aún otros reducen las cantidades, dejan de tomar una dosis o cesan de tomarlas completamente para evitar efectos secundarios.

Necesitamos saber la forma real en que las personas con VIH toman sus medicamentos.

| No. Ident. | | | | No. Visita | | Fecha | | |
|------------|---|---|---|------------|---|---------------------------|-----|-----|
| | | | | | | <input type="radio"/> Ene | Día | Año |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | <input type="radio"/> Feb | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | <input type="radio"/> Mar | 0 | 0 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | <input type="radio"/> Abr | 10 | 1 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | <input type="radio"/> May | 20 | 2 |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | <input type="radio"/> Jun | 30 | 3 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | <input type="radio"/> Jul | 4 | 04 |
| 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | <input type="radio"/> Ago | 5 | 05 |
| 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | <input type="radio"/> Sep | 6 | 06 |
| 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | <input type="radio"/> Oct | 7 | 07 |
| 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | <input type="radio"/> Nov | 8 | 08 |
| | | | | | | <input type="radio"/> Dic | 9 | 09 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Instrucciones para marcar <ul style="list-style-type: none"> • Use lapiz numero 2 solamente • No use lapiceros de tinta | <ul style="list-style-type: none"> • Haga marcas que llenen los círculos completamente • Borre bien si necesita hacer algun cambio • No marque nada fuera de los círculos | MARCA CORRECTA  | MARCAS INCORRECTAS     |
|--|--|--|--|

1. Esta sección del cuestionario pregunta sobre los medicamentos anti-VIH que está tomando actualmente.

Por favor, escriba el nombre del medicamento en el espacio y llene debajo de éste el código correspondiente al medicamento.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre del medicamento 1 <input type="text"/> | Nombre del medicamento 2 <input type="text"/> | Nombre del medicamento 3 <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Código del medicamento <table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table> | | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Código del medicamento <table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table> | | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | Código del medicamento <table border="1"> <tr><td></td><td>0</td><td>100</td><td>200</td><td>300</td><td>400</td><td>500</td><td>600</td><td>700</td><td>800</td><td>900</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td><td>60</td><td>70</td><td>80</td><td>90</td></tr> <tr><td></td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table> | | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

¿Cuántas veces realmente tomó su medicina:

| | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Ayer | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| Hace 2 días [DIA] | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| Hace 3 días [DIA] | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| Hace 4 días [DIA] | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

| | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Es éste el uso regular que usted ha seguido recientemente? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |
| En los últimos cuatro días, ¿alguna vez ha tomado menos pastillas que la dosis que le fue recetada? | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Sí |

Por favor continúe en la próxima página si el participante está actualmente tomando más de tres medicinas. Si no, vaya a la pregunta 2.

| | |
|--|-----------------|
|  | SERIAL # |
| Por favor, no escriba en esta área. | |

Nombre del medicamento

4

Código del medicamento

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Nombre del medicamento

5

Código del medicamento

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Nombre del medicamento

6

Código del medicamento

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

¿Cuántas veces realmente tomó su medicina:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ayer | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 |
| Hace 2 días [DIA] | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 |
| Hace 3 días [DIA] | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 |
| Hace 4 días [DIA] | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 | <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 |
| ¿Es éste el uso regular que usted ha seguido recientemente? | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí |
| En los últimos cuatro días, ¿alguna vez ha tomado menos pastillas que la dosis que le fue recetada? | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí |

Por favor continúe en la próxima página si el participante está actualmente tomando más de seis medicinas. Si no, vaya a la pregunta 2.

Nombre del medicamento

7

Código del medicamento

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Nombre del medicamento

8

Código del medicamento

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

Nombre del medicamento

9

Código del medicamento

| | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | 0 | 100 | 200 | 300 | 400 | 500 | 600 | 700 | 800 | 900 |
| | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

¿Cuántas veces realmente tomó su medicina:

| | | | |
|-------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Ayer | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| Hace 2 días [DIA] | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| Hace 3 días [DIA] | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| Hace 4 días [DIA] | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |

¿Es éste el uso regular que usted ha seguido recientemente?

No Sí

No Sí

No Sí

En los últimos cuatro días, ¿alguna vez ha tomado menos pastillas que la dosis que le fue recetada?

No Sí

No Sí

No Sí

2. ¿Cuándo fue la última vez que dejó de tomar una dosis de su medicamento?

- Nunca he dejado de tomar mis medicamentos → (Si esta es la respuesta, vaya a la pregunta 4)
- En la última semana
- Hace una a dos semanas
- Hace tres a cuatro semanas
- Hace uno a tres meses
- Hace más de tres meses

3. Las personas dejan de tomar sus medicamentos por una variedad de razones. La siguiente es una lista de posibles razones.

¿Por qué y con qué frecuencia dejó de tomar sus medicinas?:

| | Nunca | Rara vez | A veces | Frecuentemente |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Estaba lejos de su hogar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Estaba ocupado con otros asuntos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Sencillamente lo olvidó. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Tenía demasiadas pastillas que tomar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Quería evitar los efectos secundarios. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. No quería que otros notaran que tomaba medicamentos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Tuvo un cambio en su rutina diaria. (Vacaciones, día festivo, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Sintió que la medicina era tóxica o dañina. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Estaba adormecido o dormido a la hora de tomar la medicina. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. Estaba enfermo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k. Se sintió deprimido y abrumado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l. Tenía dificultades tomando las pastillas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| m. Se le terminaron las pastillas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| n. No quería tomar las pastillas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| o. Había que seguir instrucciones que se contradecían con las de este medicamento. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| p. Otra razón: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

→ Especifique:

4. La mayoría de los medicamentos contra el VIH tienen que tomarse de acuerdo con un horario, como por ejemplo, "2 veces al día," o "cada 8 horas." ¿De qué manera siguió usted las instrucciones del horario para tomarse los medicamentos en los últimos cuatro días?

- Nunca las seguí
- Algunas veces
- La mitad de las veces
- La mayoría de las veces
- Todas las veces

5. ¿Tiene alguno de sus medicamentos instrucciones especiales, como "Tomarse con comida" o "Tomarse en ayunas" o "Tomarse con mucho líquido"?

- No → Vaya a la pregunta 6.
- Sí



Si contestó "Sí", ¿con cuánta frecuencia siguió usted dichas instrucciones especiales en los últimos cuatro días?

- Nunca las seguí
- Algunas veces
- La mitad de las veces
- La mayoría de las veces
- Todas las veces

¿Se contradice alguna de estas instrucciones especiales con las de otro(s) medicamento(s)?

- No
- Sí

6. ¿Cómo hace para recordar cuándo tomar sus medicamentos?

| | No | Sí |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Calendario/agenda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Cajita de pastillas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Alarma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Amigo/alguien de su familia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Su memoria | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Otra manera: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

→ ¿Cuál?



Por favor, no escriba en esta área.

SERIAL #