

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**DEPRESIÓN COMO FACTOR ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES
CON VIH/SIDA**

AUTORA: ESPINOLA BACILIO SANDRA ARACELY

ASESORA: RODRÍGUEZ GARCÍA PAOLA ALEJANDRA

TRUJILLO-PERÚ

2020

MIEMBROS DEL JURADO

DR. VICTOR FERNANDEZ GOMEZ
PRESIDENTE

DR. DANTE CABOS YEPEZ
SECRETARIO

DRA. JENIFFER ARCILA DIAZ
VOCAL

DRA. PAOLA ALEJANDRA RODRÍGUEZ GARCÍA
ASESORA

DR. NILER MANUEL SEGURA PLASENCIA
CO-ASESOR

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres por ser mi mayor motivación y por siempre brindarme su apoyo incondicional para alcanzar mis objetivos. A mi hermano y abuelitos por brindarme su apoyo durante mi trayectoria universitaria.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios por acompañarme en cada momento de mi vida y concederme las fuerzas necesarias para superar cada obstáculo que se me presentó en el camino.

A mis padres, por haberme brindado su amor y apoyo incondicional, por los esfuerzos y sacrificios que han realizado para poder llegar hacer profesional.

A mi asesora de tesis, la Dra. Paola Alejandra Rodríguez García y a mi co-asesor, el Dr. Niler Manuel Segura Plasencia por su guía, su tiempo y conocimientos para hacer posible este trabajo.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	04
AGRADECIMIENTOS.....	05
RESUMEN.....	07
I. INTRODUCCIÓN.....	09
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	15
III. RESULTADOS.....	24
IV. DISCUSIÓN.....	28
V. CONCLUSIONES.....	31
VI. RECOMENDACIONES.....	32
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
VIII. ANEXOS.....	37

RESUMEN

Objetivo: Identificar si la depresión es un factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA.

Material y método: Se realizó un estudio analítico, transversal. Se encuestó a 239 pacientes, de ellos por muestreo aleatorio simple se escogieron a los 188 pacientes para nuestra muestra. Para identificar si el paciente tenía depresión se utilizó la escala de Zung y para evaluar la adherencia se utilizó el cuestionario simplificado de adhesión a medicamentos(SMAQ).

Resultados: De los pacientes con VIH /SIDA el 27.7% presentó depresión, de ellos el 65.4% no presentó adherencia al tratamiento ($p=0.6538$) y de los sin depresión, el 57.4% no presentó adherencia ($p= 0.5738$). Del total de la muestra el 59.6% presentó no adherencia al tratamiento. La razón de prevalencias fue $RP=1.14$, indica que la prevalencia de no adherencia es un 14% mayor en los pacientes con depresión respecto a los pacientes sin depresión percibiéndose una diferencia porcentual, sin embargo, no tiene significancia estadística.

Conclusiones: No existe asociación estadística significativa entre la presencia o ausencia de depresión con la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH/SIDA ($\chi^2 = 1.01$, $p = 0.32$,IC:95%, $0.89 < RP < 1.46$) .

Palabras clave: Depresión, adherencia, VIH, SIDA.

ABSTRACT

Objective: To identify if depression is a factor associated with adherence to highly active antiretroviral treatment in patients with HIV / AIDS.

Material and method: An analytical, cross-sectional study was carried out. 239 patients were surveyed, of them by simple random sampling, 188 patients were chosen for our sample. To identify if the patient had depression, the Zung scale was used and to assess adherence, the simplified drug adherence questionnaire (SMAQ) was used.

Results: Of the patients with HIV / AIDS, 27.7% had depression, 65.4% of them showed no adherence to treatment. ($p = 0.6538$) and of those without depression, 57.4% had no adherence ($p = 0.5738$). Of the total sample 59.6% presented no adherence to treatment. The prevalence ratio was $RP = 1.14$, it indicates that the prevalence of non-adherence is 14% higher in patients with depression compared to patients without depression, perceiving a percentage difference, however, it has no statistical significance.

Conclusions: There is no significant statistical association between the presence or absence of depression with non-adherence to highly active antiretroviral treatment in patients with HIV / AIDS ($\chi^2 = 1.01$, $p = 0.32$, CI: 95%, $0.89 < RP < 1.46$).

Keywords: Depression, adherence, HIV, AIDS.

I. INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son un problema de salud pública mundial (1). El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha reducido la morbilidad y mortalidad asociada con la infección de este virus (2); es así que con los años se convirtió en una enfermedad crónica manejable (3) pero que requiere una estricta adherencia al tratamiento (4). Los factores psicosociales como la depresión podrían estar relacionados al incumplimiento de indicaciones terapéuticas. (5)

El VIH es parte de la familia de los retrovirus, contiene ácido ribonucleico como material genético por ello emplea a la transcriptasa reversa para formar ácido desoxirribonucleico y lograr su replicación (6). Afecta al sistema inmunológico; en donde se hospeda alterando su función, ocasionando que el organismo presente déficit de respuesta ante los agentes patógenos que lo amenacen y en su etapa avanzada conlleva al SIDA. Se transmite por vía sexual, vía materno-fetal y por contacto con sangre infectada, siendo la primera la más común. (6,7)

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud consideran a esta infección como una epidemia mundial y es así que detener su curso fue uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (7). Durante el año 2018, en el Perú se reportaron 3300 [1900 - 5800] nuevas infecciones de VIH y 1000 [<1000 - 1900] muertes relacionadas con el SIDA; además se reportaron 79000 [58 000 - 110 000] personas infectadas con VIH de los cuales solo el 73% [54->95%] tenían acceso al tratamiento antirretroviral, pese a ello el Perú ha demostrado mayor reducción de muertes relacionados al SIDA en América latina. (8)

Aunque el diagnóstico temprano y la introducción al tratamiento antirretroviral ha contribuido en la disminución de defunciones relacionados al SIDA y en la prevención de nuevas infecciones se ha estimado que en el 2030 será la principal

causa de discapacidad y representará una carga para la sociedad seguida del episodio depresivo mayor (9). Es por ello que no basta entregar el antirretroviral al paciente, sino cerciorarse que el individuo lo tome según las indicaciones médicas (5) porque para que la terapia antirretroviral sea exitosa es necesario que haya adherencia, la cual seguramente es el principal factor para asegurar una buena respuesta al tratamiento antirretroviral a nivel individual. (10)

La adherencia es la medida en que los pacientes acatan las instrucciones que se les indica en su prescripción médica (11), es un proceso dinámico que se desarrolla en el tiempo y que cuenta con dos componentes que se complementan mutuamente; la adherencia farmacológica y no farmacológica, siendo la primera la más estudiada (5). Dentro del componente de la adherencia farmacológica se encuentra el TARGA, que ha demostrado ser clínicamente beneficioso y es considerado una de las mejores estrategias costo-efectivas ya que disminuye las hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas, la mortalidad y optimiza la calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA. (3) Cuando no hay adherencia al TARGA o esta es sub-óptima se reduce la efectividad de la supresión viral, aumenta la resistencia viral, se incrementa el riesgo de infecciones oportunistas (12,13,14); además se ha demostrado su importancia epidemiológica pues se utiliza prevención de la transmisión del VIH. (12,15).

La efectividad del tratamiento antirretroviral depende de muchos factores; los cuales se pueden dividir en las características de la enfermedad, del tratamiento, del paciente y de la asistencia médica. Los factores relacionados a las características del paciente se dividen en factores sociodemográficos y psicosociales (10,16); entre los factores psicosociales la depresión es el trastorno psiquiátrico más común (9,17), encontrándose que la posibilidad de presentarse en los pacientes con VIH/SIDA es el doble que en la población en general con una prevalencia que varía entre 1-48 % (17,18). La relación entre la depresión y la infección por el VIH es extremadamente compleja debido a que la depresión puede favorecer su contagio y a la vez puede ser una consecuencia de esta última (9). Además, se demostró

que la depresión produce alteraciones en el sistema endocrino, inmunológico y nervioso, lo que influye negativamente al hacer frente a la enfermedad y en su evolución (13). El tratamiento de los trastornos mentales como la depresión, el estrés y la ansiedad posibilita que los pacientes con VIH tengan una mejor calidad de vida ya que su sistema inmunológico se fortalece. (19)

En el 2015 en Chile, Varela M y Hoyos P ejecutaron un estudio descriptivo relacional, transeccional con muestreo incidental. Cuyo objetivo fue analizar los problemas de adherencia y su relación con la depresión en pacientes infectados con VIH, evaluaron a 119 pacientes quienes acudían al Hospital de Coquimbo y evidenciaron que el 68% referían tener problemas de adherencia al TARGA pero había diferencias en la edad, el sexo y la duración del tratamiento; el análisis de regresión logística mostró que los pacientes con síntomas depresivos moderados-severos tenían 3.08 veces más riesgo de tener problemas de adherencia en comparación con los pacientes sin depresión y con síntomas depresivos leves ($p=0.03$, 95% IC 1,08-8,80) (19).

En el 2016 Heestermans T y colaboradores publicaron su revisión sistemática, la cual incluía estudios desde el 2002 hasta octubre del 2014 con el objetivo de identificar y resumir los determinantes de la adherencia al tratamiento antirretroviral entre adultos VIH positivos. De los 4052 artículos examinados, 146 se incluyeron para el análisis final, informando sobre los determinantes de 161 922 pacientes con VIH con un puntaje promedio de adherencia del 72,9%. Dentro de la evaluación de los factores psicosociales se encontró que la adherencia se asoció con un buen apoyo social (OR = 0,51; IC del 95%: 0,37 a 0,71; I² = 0%). Los determinantes predictivos de la no adherencia fueron: no divulgación a otros (OR = 3,46; IC del 95%: 2,04 a 5,89; I² = 66%), depresión (OR = 2.54, IC 95% 1.65 a 3.91; I² = 52%), apoyo social deficiente (OR = 2.54; IC del 95%: 1,65 a 3,91; I² = 31%) y discriminación (OR = 2,88; IC del 95%: 1,31 a 6,36; I² = 73%). La angustia psicológica no estaba relacionada con el TAR adherencia. (20)

En el 2014 Langebeek N y colaboradores realizaron un meta-análisis donde incluyeron en total 207 estudios, revisaron la evidencia sobre los factores predictivos / correlativos de la adherencia al tratamiento antirretroviral y agregar los resultados en estimaciones cuantitativas de su impacto en la adherencia. Los más fuertemente asociados con adherencia fueron autoeficacia de adherencia (DME = 0,603, $p=0,001$), uso actual de sustancias (DME = -0,395, $p=0,001$), preocupaciones sobre la terapia antirretroviral combinada (DME = -0,388, $p=0,001$), creencias sobre la necesidad / utilidad de la terapia antirretroviral combinada (DME = 0.357, $p=0,001$), confianza / satisfacción con el proveedor de atención del VIH (DME = 0.377, $p=0,001$), síntomas depresivos (DME = -0.305, $p=0,001$), estigma sobre el VIH (DME = -0.282, $p=0,001$), y apoyo social (SMD = 0.237, $p=0,001$). Se observaron asociaciones más pequeñas pero significativas como la prescripción de un régimen antirretroviral que contenía inhibidor de proteasa (SMD = -0.196, $p=0,001$), la frecuencia de dosificación diaria (SMD = -0.193, $p=0,001$), restricciones financieras (SMD -0.187, $p=0,001$) y la cantidad de píldoras antirretrovirales prescritas por día (DME = -0.124, $p=0,001$). La mayor confianza / satisfacción con el proveedor de atención del VIH, una menor frecuencia de dosificación diaria y menos síntomas depresivos se relacionaron más con una mayor adherencia en países con índice de desarrollo humano (IDH) bajo y mediano que en países con IDH alto. (21)

En el 2015 en Perú, Maldonado H y colaboradores realizaron un estudio de tipo transversal en pacientes ambulatorios con diagnóstico de VIH en tratamiento antirretroviral en el Hospital Nacional Cayetano Heredia con la finalidad de estimar la frecuencia de episodio depresivo mayor (EDM) y sus factores relacionados. Las variables significativamente relacionadas a EDM fueron el antecedente de consumo de marihuana (OR=4,69; IC95% 1,08 a 20,37) y el trabajo estable (OR=0,16; IC95% 0,03 a 0,86). No se encontró asociación estadística significativa entre los síntomas depresivos clínicamente significativos y la no adherencia ($p=0,517$, error beta=90%), la orientación sexual ($p=0.499$) ni los niveles de CD4. (22)

En el 2011 en la India, Anuradha S y colaboradores evaluaron la adherencia y los factores que influyen en los pacientes en tratamiento antirretroviral en un centro de tratamiento antirretroviral de salud pública en la India. Se evaluaron 250 pacientes, de los cuales 242 (96,8%) tuvieron una adherencia óptima (> 95%) y 8 (3,2%) fueron "no adherentes". Los recuentos de CD4 ($p= 0,05$), alto nivel de creencia entre los pacientes, el conocimiento de los pacientes sobre la importancia de la adherencia ($p= 0.04$) y la salud mental sana influyeron positivamente en la adherencia. Las principales barreras para la adherencia fueron la mala salud mental y los estados psicológicos negativos en los pacientes ($p=0.001$). La presencia de reacciones adversas al tratamiento antirretroviral también resultó en una adherencia más pobre. (23)

Por todo lo antes mencionado identificar si la depresión está asociada a la adherencia al TARGA ha adquirido relevancia en la medida que permitirá realizar una intervención oportuna, la cual mejoraría la calidad de vida de los pacientes, se evitaría la progresión de la infección y mejoraría la adherencia. Al mejorar en esos esos ámbitos se presentarían menos complicaciones y en consecuencia disminuirían las hospitalizaciones, lo que se vería reflejado en la disminución del gasto anual; por otro lado, permitiría cumplir con uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el cual es ponerle fin a la epidemia llamada sida para el 2030.

1.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Es la depresión un factor asociado a la adherencia al tratamiento anti-retroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 GENERAL

- Establecer si la depresión es un factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA.

1.2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar el porcentaje de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA con depresión.
- Identificar el porcentaje de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA sin depresión.
- Comparar el porcentaje de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA con y sin depresión.
- Comparar los niveles de depresión con la frecuencia de no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad.

1.3 HIPÓTESIS

1.3.1 HIPÓTESIS ALTERNA (Ha)

- La depresión es un factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA.

1.3.2 HIPÓTESIS NULA (H0)

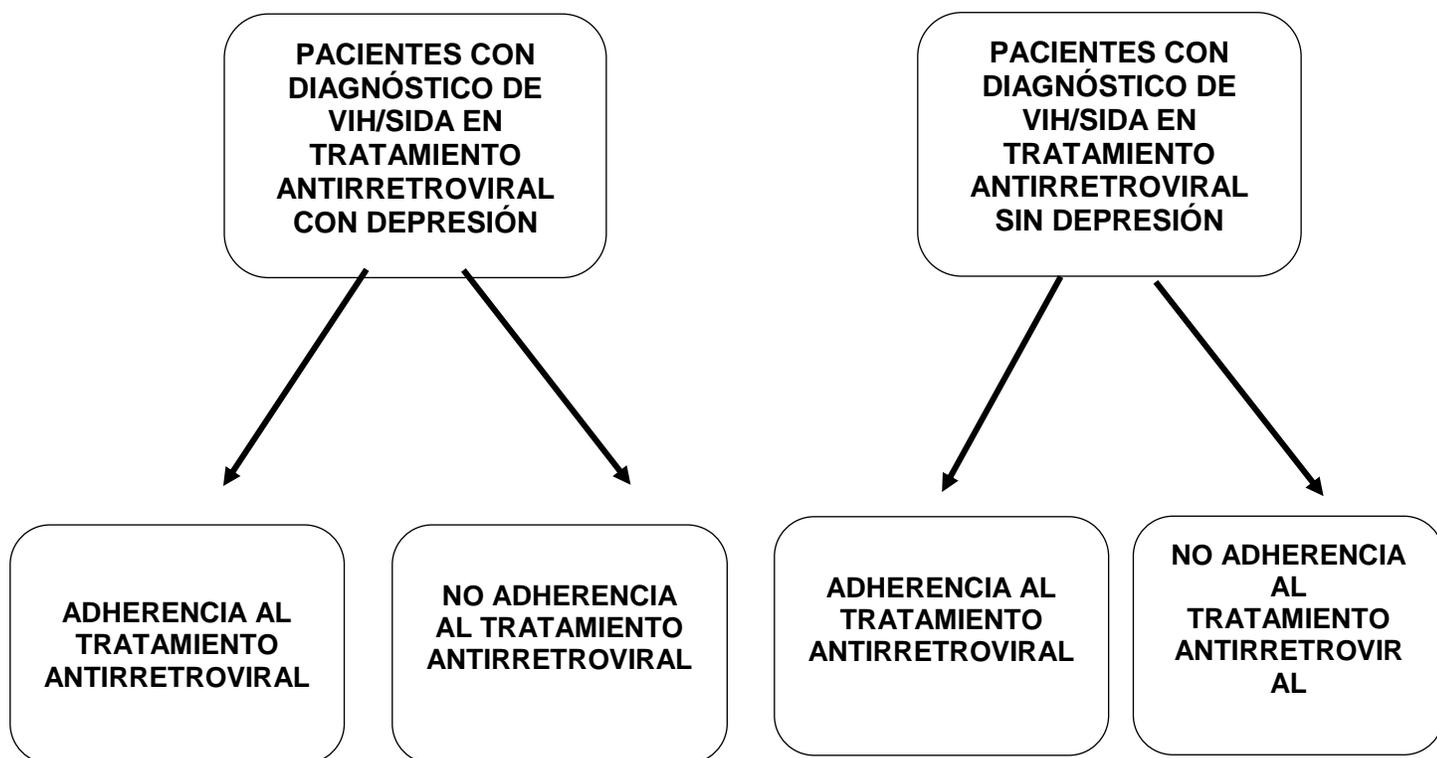
- La depresión es no un factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

2.1.1 TIPO DE ESTUDIO: El presente estudio corresponde a un estudio transversal analítico.

2.1.2 DISEÑO ESPECÍFICO



2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

2.2.1. POBLACIÓN

Pacientes con VIH/SIDA que recibieron Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad que cumplieron con los criterios de exclusión e inclusión que acudieron al Hospital Belén de Trujillo en el periodo de octubre a diciembre del 2018.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN
 - Entre 18 a 65 años
 - De ambos sexos

- Recibiendo Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad al menos dos semanas.
 - Haber firmado el consentimiento informado
- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
 - Diagnóstico de alguna patología psiquiátrica
 - Que presenten alteraciones cognitivas y que no estén capacitados para responder las encuestas.
 - Mujeres embarazadas
 - Que hayan abandonado el tratamiento.

2.2.2 MUESTRA Y MUESTREO

- TIPO DE MUESTREO: Aleatorio simple
- UNIDAD DE ANÁLISIS: Estuvo constituido por cada paciente entre 18 a 65 años de edad con VIH/SIDA en Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad que cumplieron con los criterios de exclusión e inclusión que acudieron al Hospital Belén de Trujillo en el periodo octubre a diciembre del 2018.
- UNIDAD DE MUESTREO: Fue constituido por las encuestas sobre depresión y adherencia que se aplicaron a los pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral de gran actividad atendidos en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo octubre a diciembre del 2018.
- TAMAÑO MUESTRAL: Se utilizó la fórmula estadística para un estudio descriptivo con variables cualitativas.

El tamaño resultante se multiplica por el efecto de diseño

$$n = \left(z_1 - \frac{\alpha}{2} \right)^2 P(1 - P)$$

Se considera Población infinita por ser el tamaño variable o desconocida

Donde:

- P es la proporción esperada en la población
- e es la precisión absoluta de un intervalo de confianza de proporción
- deff es el efecto del diseño

DATOS

Tamaño de la población: Infinita

Proporción esperada: 14.20%(22)

Nivel de confianza: 95.0%

Efecto de diseño: 1.0

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5 ,000	188

2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	REGISTRO
DEPRESIÓN	Pacientes que obtengan en la escala de depresión de Zung \geq 50 puntos (24)	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: Sin depresión 1: Con depresión
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Pacientes que en la SMAQ de cualquier respuesta referida al incumplimiento se	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: No adherente 1: Adherente

	tomará como no adherencia. (25)			
EDAD	Años de vida reportados en su documento de identidad	Cualitativa policotómica	Ordinal	0:18-24 años 1:25-29 años 2:30-34 años 3:35-39 años 4:40-44 años 5:45-49 años 6:50-54 años 7:55-59 años 8:60-65 años
SEXO	Cualidad orgánica que diferencia hombres de mujeres reportada en su documento de identidad.	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: Femenino 1: Masculino
TIEMPO DE TRATAMIENTO	Tiempo recibiendo TARGA reportado en la encuesta.	Cualitativa policotómica	Ordinal	0:0-<3 meses 1:3-6 meses 2:>6 meses
OPCIÓN SEXUAL	Sexo por el cual se encuentra atraído reportado en la encuesta.	Cualitativa policotómica	Nominal	0: Heterosexual 1: Homosexual 2: Bisexual
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja reportado en la encuesta.	Cualitativa policotómica	Nominal	0: Soltero(a) 1: Casado(a) 2: Conviviente 3: Viudo(a)
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener	Cualitativa policotómica	Ordinal	0: Primaria 1: Secundaria 2: Superior técnico

	en cuenta si se han terminado reportado en la encuesta.			3: Superior universitario
NIVELES DE DEPRESIÓN	Valores obtenidos en la escala de depresión de Zung de 50-59 puntos para depresión mínima; 60-69 puntos para depresión moderada y ≥ 70 puntos para depresión severa.	Cualitativa policotómica	Ordinal	0: Sin depresión 1: Mínima 2: Moderada 3: Severa
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	Puntaje obtenido en la encuesta de APGAR familiar, de 7 a 10 para buen funcionamiento familiar y menor de 7 para disfunción familiar. (26)	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: Buen funcionamiento familiar 1: Disfunción familiar

2.4 PROCEDIMIENTO Y TÉCNICA

1. Se pidió autorización a la Dirección Ejecutiva del Hospital Belén de Trujillo con el fin de que nos autoricen el acceso a las instalaciones de consultorio externo de la unidad de infectología para poder captar a los pacientes.
2. Ingresaron al estudio los pacientes con VIH/SIDA en TARGA que cumplieron con los criterios de exclusión e inclusión, que se estaban atendiendo en el Hospital Belén de Trujillo en el periodo octubre a diciembre del 2018.
3. Una vez identificados los pacientes, se procedió a pedirles que firmen el consentimiento informado a los que voluntariamente desearon participar.
4. Se procedió a aplicarles la encuesta mientras esperaban recoger su tratamiento antirretroviral o mientras esperaban ser atendidos por su médico tratante en un ambiente privado; en la cual no figuró su nombre, sino se encontraban enumerados correlativamente tanto la encuesta como el consentimiento informado para poder identificar que sean del mismo paciente. La depresión se evaluó haciendo uso de la escala de depresión de Zung, quién en el análisis de confiabilidad obtuvo un α de Cronbach global de 0.887. Esta escala explora síntomas relacionados con episodios depresivos como lo son los síntomas somáticos y cognoscitivos además de los estados de ánimo en las últimas dos semanas. Está conformada por 20 preguntas y cada una tiene cuatro opciones de respuesta que van de muy pocas veces (1 punto) a la mayoría de las veces (4 puntos); la puntuación obtenida permite identificar el nivel de depresión: Sin depresión < 50 puntos; mínima de 50-59 puntos; moderada de 60-69 puntos y severa \geq 70 puntos. (24)

La adherencia al tratamiento se evaluó con el Cuestionario simplificado de adhesión a medicamentos el cual ha sido validado en españoles con SIDA. El coeficiente de consistencia interna α de Cronbach fue de 0,75 y el acuerdo global entre observadores fue del 88,2%. Esta escala evalúa diferentes facetas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento : Los efectos adversos, la rutina , los olvidos y la cuantificación de omisiones; consta de 6 preguntas y es

dicotómica por lo que cualquier respuesta referida al incumplimiento se tomará como no adherencia. Es auto-aplicada y dura 5 minutos. (25)

Para evaluar la funcionalidad familiar se utilizó el APGAR familiar de Smilkstein, que fue creado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia y además identifica a las familias en riesgo. Ha sido validado por Madaleno en China y Chile (1988), demostrando ser confiable (0.83) y válido (0.89). Se diseñó para ser utilizado en diferentes contextos socioculturales y estratos socioeconómicos, además valora la percepción de un miembro específico de la familia acerca del funcionamiento familiar en relación a la gradiente de crecimiento, afecto, resolución, participación y adaptabilidad. Consta de cinco preguntas y cada una tiene tres opciones de respuesta: casi siempre (2 puntos); a veces (1 punto) y casi nunca (0 puntos). Según la puntuación: 7-10 puntos es buen funcionamiento familiar, 4-6 puntos es disfunción familiar moderada y de 0-3 puntos es disfunción familiar severa. Para cuestiones prácticas del estudio se consideró buen funcionamiento familiar de 7-10 puntos y <7 puntos para disfunción familiar. Las otras variables se consignaron en una hoja de identificación previamente diseñada y se corroboró la variable edad con el documento de identidad de cada paciente. (26)

5. El tiempo de recolección de la muestra fue de octubre a diciembre del 2018, se recolectaron 239 encuestas luego de lo cual se escogieron a las 188 encuestas necesarias para nuestra muestra mediante muestreo aleatorio simple.
6. Los datos obtenidos de los cuestionarios fueron vaciados en la hoja de recolección de datos que había sido creada previamente.
7. Se elaboró la base de datos en Excel ® con la información de las hojas de recolección.
8. La base de datos se vació en una hoja del paquete SPSS 24.0 y se procedió a realizar el análisis respectivo.

2.5 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA: Se utilizó la prevalencia y el porcentaje.

ESTADÍSTICA ANALÍTICA: Para procesar los datos se utilizó el Paquete Estadístico IBM SPSS Statistics 24 a través del análisis bivariado, los resultados se presentan en tablas cruzadas con frecuencias absolutas y porcentuales; se usó la prueba de Independencia de Criterios (Prueba Chi Cuadrado) para la asociación entre las variables y para la significancia estadística se usó un valor de $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$). Para complementar el análisis se calculó, la prevalencia de enfermos en los pacientes expuestos, la prevalencia de enfermos en los pacientes no expuestos y la razón de prevalencias de los enfermos con su intervalo al 95% de confianza. Se considera como enfermo a los pacientes con no adherencia ya que puede asumirse que es la condición no deseada; y como factor de exposición a la presencia de depresión.

ESTADÍGRAFO

	ENFERMEDAD		Total
	SI	NO	
EXPUESTOS	a	b	a+b
NO EXPUESTOS	c	d	c+d
Total	a+c	b+d	a+c+b+d

- Prevalencia de enfermedad entre expuestos: p_1
- Prevalencia de enfermedad entre no expuestos: p_2
- Razón de prevalencia de enfermedad (RP): p_1/p_2

Prevalencia de no adherencia en pacientes con depresión $p_1 = a / (a+b)$

Prevalencia de no adherencia en pacientes sin depresión $p_2 = c / (c+d)$

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo se realizó respetando los lineamientos morales y éticos que dirigen las investigaciones médicas según el Código de ética y deontología del colegio médico y la ley general de salud. (27)

De acuerdo al artículo 46 los pacientes con VIH/SIDA que voluntariamente aceptaron participar en este estudio firmaron el consentimiento informado antes de proceder a responder la encuesta; además esta última era anónima por lo que también se respetó el principio de privacidad y confidencialidad publicado en la Declaración de Helsinki ya que ninguno de los integrantes de la investigación conocía los nombres de los pacientes que participaron y por ende estos no fueron ni serán revelados.

De acuerdo al artículo 48 se presentará la información proveniente de esta tesis independientemente de los resultados obtenidos para su publicación, sin cometer plagio ni falsificación y declarando no tener conflictos de interés. Además, se dará a conocer los objetivos, material y método y todos los procedimientos que estuvieron involucrados en esta investigación honrando el principio de derecho a la información veraz y completa.

III. RESULTADOS

En este trabajo se encuestaron a 239 pacientes con VIH/SIDA, quienes cumplieron con los criterios de exclusión, inclusión y se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral de gran actividad por consultorio externo de la unidad de infectología del Hospital Belén de Trujillo en el periodo octubre-diciembre del 2018, para obtener la muestra para nuestro estudio se utilizó el muestreo aleatorio simple quedándonos solo con 188 pacientes. La prevalencia de depresión del total de la muestra fue de 27.7% y de no adherencia fue de 59.6%.

Se presenta el análisis bivariado que evaluó la adherencia al tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA con y sin depresión; de los pacientes con depresión el 34.6% presentó adherencia al tratamiento, es decir, que el 65.4% de ellos era no adherente. Por otro parte de los pacientes sin depresión el 42.6% era adherente, es decir, que el 57.4% de dichos pacientes presentan no adherencia. Se percibe una diferencia porcentual y la razón de prevalencias $RP=1.14(0.89 < RP < 1.46)$ IC 95% indica que la prevalencia de no adherencia es un 14% mayor en los pacientes con presencia de depresión respecto a los pacientes sin depresión, sin embargo, esta diferencia no es suficiente para que la prueba chi cuadrado encuentre evidencias suficientes de significancia estadística ($\chi^2 = 1.01, p = 0.32$ [$p > 0.05$]); además el total de los pacientes que según la escala de Zung tuvieron depresión, esta fue clasificada como mínima . (**TABLA N°1**)

En el análisis bivariado de las características sociodemográficas como sexo, edad estado civil y nivel de instrucción no se encontró asociación estadística significativa con la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad ($p > 0.05$); pero se evidenció que según el nivel de instrucción existe mayor riesgo de no adherencia en los pacientes con primaria con una prevalencia de 80%(n=12) y lo que respecta al estado civil hay más riesgo de no adherencia en los viudos con una prevalencia del 85.4%(n=6). (**TABLA N° 2**)

Con respecto al análisis bivariado de las variables tiempo de tratamiento, opción sexual y funcionamiento familiar tampoco se encontró asociación estadística significativa con la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad ($p > 0.05$), pero se identificó que aumentaban el riesgo de no adherencia a mayor tiempo de tratamiento con una prevalencia de 63.2% y la presencia de disfunción familiar con una prevalencia de 69.1%. (**TABLA N° 3**)

TABLA N.° 1 Distribución de pacientes con VIH/SIDA según Depresión y Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Depresión	Adherencia al tratamiento				Total	
	No adherencia		Adherencia			
	N.°	%	N.°	%	N.°	%
Con depresión	34	65.4	18	34.6	52	100.0
Sin depresión	78	57.4	58	42.6	136	100.0
Total de pacientes	112	59.6	76	40.4	188	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos del proyecto de investigación.

$$\chi^2 = 1.01 \quad p > 0.05 \quad [p = 0.32]$$

TABLA N.° 2: Análisis bivariado de las variables sociodemográficas de los pacientes con VIH/SIDA y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad

Variable	Adherencia al tratamiento				Total		Prueba
	No adherencia		Adherencia				
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Edad (años)							
18 - 24	35	60.3	23	39.7	58	100.0	$\chi^2 = 4.88$ p = 0.30
25 - 29	23	50.0	23	50.0	46	100.0	
30 - 34	13	52.0	12	48.0	25	100.0	
35 - 39	18	72.0	7	28.0	25	100.0	
40 - 44	8	66.7	4	33.3	12	100.0	
45 - 49	5	55.6	4	44.4	9	100.0	
50 - 65	10	76.9	3	23.1	13	100.0	
Sexo							
Masculino	91	60.7	59	39.3	150	100.0	$\chi^2 = 0.37$ p = 0.55
Femenino	21	55.3	17	44.7	38	100.0	
Nivel de instrucción							
Primaria	12	80.0	3	20.0	15	100.0	$\chi^2 = 3.08$ p = 0.38
Secundaria	43	58.1	31	41.9	74	100.0	
Superior técnica	27	55.1	22	44.9	49	100.0	
Universitaria	30	60.0	20	40.0	50	100.0	
Estado civil							
Casado	6	75.0	2	25.0	8	100.0	$\chi^2 = 0.04$ p = 0.84
Conviviente	22	57.9	16	42.1	38	100.0	
Soltero	78	57.8	57	42.2	135	100.0	
Viudo	6	85.7	1	14.3	7	100.0	
Total pacientes	112	59.6	76	40.4	188	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos del proyecto de investigación.

p > 0.05

TABLA N.º 3: Adherencia al tratamiento de pacientes con VIH/SIDA según tiempo de tratamiento, opción sexual, funcionamiento familiar y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad

Variable	Adherencia al tratamiento				Total		Prueba
	No adherencia		Adherencia				
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Tiempo de tratamiento							
< 3 meses	14	45.2	17	54.8	31	100.0	$\chi^2 = 3.40$ p = 0.18
3 - 6 meses	14	58.3	10	41.7	24	100.0	
> 6 meses	84	63.2	49	36.8	133	100.0	
Opción sexual							
Heterosexual	46	58.2	33	41.8	79	100.0	$\chi^2 = 0.13$ p = 0.94
Homosexual	50	61.0	32	39.0	82	100.0	
Bisexual	16	59.3	11	40.7	27	100.0	
Funcionamiento familiar							
Buen funcion.	74	55.6	59	44.4	133	100.0	$\chi^2 = 2.92$ p = 0.09
Disfun familiar	38	69.1	17	30.9	55	100.0	
Total pacientes	112	59.6	76	40.4	188	100.0	

Fuente: Ficha de recolección de datos del proyecto de investigación.

p>0.05

IV. DISCUSIÓN:

El VIH y SIDA son un problema de salud pública a nivel mundial (1), pese a que desde la aparición tratamiento antirretroviral se convirtió en una enfermedad crónica manejable (2,3) pero que requiere una estricta adherencia al tratamiento (4). Por ello se han venido estudiando los posibles factores asociados a la adherencia; dentro de los psicosociales esta la depresión y es la que podría estar mayor relacionada al incumplimiento de indicaciones terapéuticas(5). Sin embargo según el último boletín informativo de la ONUSIDA, se ha evidenciado una desaceleración en el progreso de la reducción de la aparición de nuevas infecciones y en la disminución de las muertes relacionadas por lo que nos hace plantearnos reevaluar si la depresión está asociada a la adherencia o no y además buscar que otros factores lo estarían, para implementar las medidas necesarias y así ,en un futuro próximo la erradicar esta enfermedad.

El presente estudio evaluó si la depresión estaba asociado a la adherencia en pacientes con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral de gran actividad, para ello se utilizó la prueba del chi cuadrado no encontrándose significancia estadística entre ambas variables ($\chi^2 = 1.01$, $p = 0.32$ [$p > 0.05$]). Similar a lo reportado por **Maldonado H et al. en Lima-Perú 2015**, quienes no encontraron significancia estadística entre los síntomas depresivos clínicos significativos y la no adherencia pese a que previamente se había establecido su fuerte asociación con Episodio Depresivo Mayor($p=0,517$, error beta=90%)(22). Esto puede explicarse con lo reportado por **Valera et al en Chile 2014** , quienes indican que los pacientes con depresión moderada a severa presentarían 3.08 veces más riesgo de no adherencia en comparación a los pacientes con depresión leve o mínima (95% IC 1.08-8.8) (28) , esto podría explicar porque no se encontró asociación, ya que en nuestro estudio el 100% de los pacientes que tuvieron depresión según la escala de Zung esta fue clasificada como mínima , pese a ello se percibió una diferencia porcentual; demostrándose con la razón de prevalencias $RP=1.14$, la cual indica que la prevalencia de no adherencia es un 14% mayor en los pacientes con VIH y depresión respecto a los pacientes con VIH sin depresión. Además, cabe recalcar

que **Heestermans T et al., Sub-Saharan- Africa 2016** realizaron una revisión sistemática, la cual incluía estudios desde el 2002 hasta octubre del 2014, los cuales concluyeron que dentro los determinantes predictivos de la no adherencia se encontraba la depresión (OR = 2.54, IC 95% 1.65 a 3.91; I² = 52%) (20). Así mismo **Langebeek N et al. en Amsterdam 2014** en su meta-análisis concluyeron que uno de los factores más fuertemente asociado eran los síntomas depresivos (DME = - 0.305, p= 0.001) (21).

En el análisis bivariado de las características sociodemográficas como estado civil, nivel de instrucción, edad y sexo no se encontró asociación estadística significativa con la adherencia al tratamiento antirretroviral (p>0.05). Lo encontrado coinciden con los hallazgos de **Ventura J et al. en España 2014** con respecto a la edad (p=0.27), sexo (p=0.643), nivel de instrucción (p=0.389) (29) ; por otro lado **Pérez J et al. en Cuba 2019** en relación al nivel de instrucción evidenció que el 66,6 % de los pacientes con mala adherencia al tratamiento, tenían un nivel primario de escolaridad demostrando su asociación (p<0.05)(30) es así que si bien en nuestro estudio no encontramos significancia estadística si identificamos que existe mayor riesgo de no adherencia en los pacientes con primaria con una prevalencia de 80%(n=12). Además **Cardona-Duque D et al. en Colombia 2015** encontraron que la depresión y estado civil tenían asociación estadísticamente significativa , evidenciaron que los pacientes que tenían una relación de pareja presentaron síntomas leves (7), lo que indirectamente influiría en la adherencia y explicaría porque en nuestro estudio hay más riesgo de no adherencia en los viudos con una prevalencia del 85.4%(n=6).

Con respecto al análisis bivariado de las variables tiempo de tratamiento, opción sexual y funcionamiento familiar tampoco se encontró asociación estadística significativa con la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (p>0.05). A diferencia de **Jordan et al. en Vietnam 2014**; donde encontraron que el tiempo de tratamiento antirretroviral se correlacionó con la no adherencia, OR: 1,43 (IC del 95%: 1,14 a 1,78), aumentando el riesgo de incumplimiento por cada año adicional de tratamiento (12); en nuestro estudio identificamos que aumentaban

el riesgo de no adherencia a mayor tiempo de tratamiento en una prevalencia de 63.2%(n=84). En otro estudio **Orellana-Zanabria G et al. en Lima -Perú 2019** no encontró asociación entre el tiempo de tratamiento con la no adherencia ($p=0.066$)(31).La prevalencia de no adherencia en pacientes con VIH/SIDA y con disfunción familiar en nuestro estudio fue de 69.1%(n=38); la asociación del funcionamiento familiar con la adherencia en estos pacientes no ha sido abordado a profundidad pero **Vilató L et al. en Cuba 2016** evidenciaron que estos pacientes tienen gran necesidad de apoyo emocional en el 81 % de los casos, seguido por el de compañía de otras de personas en el 76,2 %, con lo que puede afirmarse que estos pacientes requieren de apoyo afectivo ya sea por familiares, amigos u otros grupos(32).

Dentro de las limitaciones del estudio, se debe considerar que, al ser un estudio de tipo transversal, abarca un nivel de sesgo superior a otros diseños y además se investigó la presencia de las variables de manera simultánea, por ello solo se puede establecer una asociación entre las mismas, mas no una relación de causa-efecto. Otra limitación es el hecho de utilizar escalas en la detección de adherencia, depresión y funcionamiento familiar; las cuales podrían haber afectado los valores de la prevalencia, sin embargo, son pruebas con buena validez y consistencia interna que han sido elaboradas para utilizarse en poblaciones grandes, por ello se aclara que los diagnósticos realizados en este estudio se basaron en los puntajes obtenidos de los respectivos instrumentos y que deben considerarse solo desde esa perspectiva y además se confió en la honestidad de los pacientes al responderlos. Por último, los resultados obtenidos en este estudio no podrían generalizarse porque el estudio fue realizado en un solo hospital, la encuesta era auto-administrada por lo que se perdió a una población importante que era analfabeta; además era anónima por lo que la adherencia al tratamiento no se contrastó con la tarjeta de administración del tratamiento antirretroviral y terapia preventiva en pacientes con VIH.

V. CONCLUSIONES

1.-El presente estudio concluye que no existe asociación estadística significativa entre la presencia o ausencia de depresión con la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH/SIDA ($\chi^2 = 1.01$, $p = 0.32$, IC:95%, $0.89 < RP < 1.46$)

2.-El porcentaje de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA con depresión fue de 34.6%.

3.-El porcentaje de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA sin depresión fue de 42.6%.

4.-Se percibe una diferencia porcentual y la razón de prevalencias $RP=1.14(0.89 < RP < 1.46)$ IC 95% indica que la prevalencia de no adherencia es un 14% mayor en los pacientes con presencia de depresión respecto a los pacientes sin depresión

5.-El 100 % de los pacientes con depresión tuvieron depresión mínima, de ellos el 65.4% presentaron no adherencia.

6.-El nivel de instrucción primaria y el ser viudo aumentan el riesgo de no adherencia, pese a que no se encontró significancia estadística al igual que el mayor tiempo de tratamiento y la disfunción familiar.

VI. RECOMENDACIONES

Los factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH /SIDA deben seguir siendo estudiados ya que permitirá realizar intervenciones para evitar la progresión de la enfermedad y en consecuencia disminuir las complicaciones con ello se lograría mejorar la calidad de vida. Siendo que la infección por VIH/SIDA es un problema de salud pública y pese al esfuerzo de las organizaciones mundiales no se logrará cumplir con la meta 90-90-90 que significa que para el 2020 el 90% debe estar diagnosticado, el 90% debe estar recibiendo tratamiento antirretroviral y el 90% debe tener su carga viral suprimida. Además, según el último informe de la ONUSIDA se evidencia una desaceleración en el ritmo del progreso de la disminución de la aparición de nuevas infecciones por VIH y en la reducción de las defunciones relacionadas lo que podría ser consecuencia de la dificultad de controlar todos los factores asociados.

Por otra parte, sería interesante realizar un estudio multicéntrico en el cual también además de las variables que hemos evaluado en nuestro estudio incluyamos la polifarmacia, el consumo de drogas legales e ilegales y la personalidad; si bien esta última variable es complicada de evaluar nos ayudaría a reconocer los rasgos que nos ayudarían a la adherencia y quienes están en riesgo de no adherencia. También sería interesante que para evaluar la adherencia se le aplique el instrumento que hemos utilizado y lo comparemos con la tarjeta de administración del tratamiento antirretroviral y terapia preventiva en pacientes con VIH.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández A, Rodríguez T, Duran T, Vázquez L, Gutiérrez G, Gracia G. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013; 21 (2): 85-90
2. Achappa B, Madi D, Bhaskaran U, Ramapuram J, Rao S, Mahalingam S. Adherence to Antiretroviral Therapy Among People Living with HIV. Nort Amer Journ of Med Scien.2013;5(3):220-223.
3. Pacíco J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(1):66-72.
4. Almanza A, Gómez A. Barreras para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en mujeres con VI. Psicol y Salu.2017;27(1):29-39.
5. Alderete C, Cruz R, Candela M, Rodríguez E, Reyes G. Assessment of depression, anxiety, hopelessness and suicidal risk in HIV+ inpatients. Sal Men. 2017;40(1):23-27.
6. Meza M, Mancilla J, Sánchez C, Figuero R, Contreras L, Carreño. Respuesta psicológica en la infección por virus de inmunodeficiencia humana. Perinatol Reprod Hum 2011; 25 (4): 236-240.
7. Cardona-Duque D, Medina-Pérez O, Herrera S, Orozco A. Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. Rev Haban de Cien Méd. 2016; 15(6):941-954.
8. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Regiones, países [Internet]. Perú. 2019. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/peru>.
9. Nanni M, Caruso R, Mitchell A, Meggiolaro E, Grassi L. Depression in HIV Infected Patients: a Review. Curr Psychiatry Rep.2015; 17:530-540
10. Peltzer K, Pengpid S. Socioeconomic Factors in Adherence to HIV Therapy in Low- and Middle-income Countries. J Health Popul Nutr.2013;31(2):150-170.
11. Meléndez M, Rodríguez J, Vélez M. Personas TRANS y su adherencia a la

- terapia antirretroviral para el VIH/SIDA . Rev Interamer de Psicol. 2015; 49(3):315-331.
12. Jordan M, Obeng Y, Sheehan H, Hong S, Terrin N, Duong D, et. Al. Correlates of non-adherence to antiretroviral therapy in a cohort of HIV-positive drug users receiving antiretroviral therapy in Hanoi, Vietnam. *Inter Jour of STD & AIDS*. 2014; 25(9):662–668.
 13. Arrivillaga M, Salcedo J. Intersecciones entre la posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/SIDA: Aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de la vida. *Pensam Psicol*. 2012; 10(2):49-64.
 14. Been S, Van D, Nieuwkerk P, Brito A, Stutterheim S, Bos A, et al. Risk Factors for Non-Adherence to cART in Immigrants with HIV Living in the Netherlands: Results from the Rotterdam Adherence (ROAD) Project. *PLOS ONE*. 2016; 13pgs.
 15. Battaglia E, Christovam A, Schmidt A, Mamprim B, Biagi B, Santos A, et al. Measuring Adherence to Antiretroviral Treatment: The Role of Pharmacy Records of Drug Withdrawals. *AIDS Behav*. 2012; 16:1482–1490
 16. Grierson J, Koelmeyer R, Smith A, Pitts M. Adherence to antiretroviral therapy: factors independently associated with reported difficulty taking antiretroviral therapy in a national sample of HIV-positive Australians. *HIV Medicine* .2011; 12:562–569.
 17. Chibanda D, Benjamin L, Weiss H, Abas M. Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in People Living With HIV/AIDS in Low- and Middle-Income Countries. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014; 67:54–67.
 18. Uthman O, Magidson J, Safren S, Nachega J. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2014; 11(3): 291-300
 19. Varela-Arevalo M, Hoyos-Hernández P. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev. salud pública*. 2015; 17 (4): 528-540
 20. Heestermans T, Browne J, Aitken S, Vervoort S, Klipstein K. Determinants of

- adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: a systematic review. *MJ Glob Health*.2016;1:2-13.
21. Langebeek N, Gisolf E, Reiss P, Vervoort S, Hafsteinsdóttir T, Richter C, et al. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *Langebeek et al. BMC Medic*.2014; 12:142-156.
 22. Maldonado H, Peña R, Tomateo J. Frecuencia de episodio depresivo mayor y factores relacionados en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en un hospital público de Lima. *Rev Neuropsiquiatr*. 2015; 78(1): 2-13.
 23. Anuradha S, Joshi A, Negi M, Nischal N, Rajeshwari K, Dewan R. Factors Influencing Adherence to ART: New Insights from a Center Providing Free ART under the National Program in Delhi, India. *Journ of the Inter Assoc of Provid of AIDS Car* .2011: 12(3) 195-201.
 24. Corrales A, Cáceres O. Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terap Psicol*.2007. 2(25);135-140.
 25. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Coyazos J, Gonzalez J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS* 2002; 16(4): 605-613.
 26. Bellón J, Delgado A, de D Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Prim*. 1996;18(6):289-296.
 27. Colegio Médico del Perú. Lima: 2007- [acceso 17 de noviembre del 2017]. Consejo Nacional. Código de Ética y Deontología. Disponible en:http://cmp.org.pe/wpcontent/uploads/2016/07/CODIGO_CMP_ETICA.pdf
 28. Valera M, Galdames S. Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Rev Chilena Infectol* 2014; 31 (3): 323-328.
 29. Ventura J, Conde M, Morillo R, Cortés Y, Casado M. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. *Estudio ARPAS. Farm Hosp*. 2014;38(4):291-299.

30. Pérez J, Viana L. Adherencia terapéutica a los antirretrovirales de gran actividad en personas con VIH/SIDA. Arch Hosp Calixto García. 2019;7(2):222-233
31. Orellana-Zanabria G, Morales-Rezza E. Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central PNP “Luis N. Saenz” en los meses de octubre a diciembre del 2015. Rev. Fac. Med. Hum. 2019;19(1):46-54.
32. Vilató L, Martín L, Pérez I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. Rev Cub de Sal Pú. 2015;41(4):620-630.

IX. ANEXOS:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente es un trabajo de Investigación titulado “Depresión como factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA”

Es una investigación sin fines de lucro y tiene como objetivo identificar si la depresión está asociada a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA); con el propósito de fortalecer el seguimiento de las personas que presentan esta enfermedad, lo cual permitirá optimizar la adherencia al tratamiento y de esta manera mejorar su bienestar y calidad de vida.

Su participación en la investigación es voluntaria, anónima y sus respuestas serán confidenciales, la información que usted nos proporcione se utilizará solamente para fines del presente trabajo, sin repercutir negativamente en su persona ni en la atención que viene recibiendo.

Durante el procedimiento usted llenará una encuesta; el procedimiento consiste en leer las preguntas y marcar las respuestas que crea conveniente, sus respuestas no son malas ni buenas, todo es importante para la investigación. La aplicación de esta se llevará a cabo en el momento en que usted recoja su tratamiento antirretroviral o mientras espera ser atendido por su médico tratante, por un lapso aproximado de media hora.

Declaro que he leído, conozco y comprendo el contenido del presente documento; dando mi consentimiento para la realización de la encuesta, por ello firmo voluntariamente para manifestar mi deseo de participar en este estudio.

Trujillo de..... del 2018.

.....

Firma del paciente

ENCUESTA

- SEXO
 - Femenino ()
 - Masculino ()

- EDAD:
 - años

- TIEMPO DE TRATAMIENTO:
 - Menor de 3 meses ()
 - Entre 3 y 6 meses ()
 - Mayor a 6 meses ()

- OPCIÓN SEXUAL
 - Heterosexual ()
 - Homosexual ()
 - Bisexual ()

- ESTADO CIVIL
 - Soltero(a) ()
 - Casado(a) ()
 - Conviviente ()
 - Viudo(a) ()

- GRADO DE INSTRUCCIÓN
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior-técnico ()
 - Superior-universitario ()

Marque con una x la respuesta

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1	Me siento abatido o melancólico.					
2	Por las mañanas en cuando mejor me siento.					
3	Tengo acceso o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo a tanto apetito como antes					
6	Aún me atraen las personas del sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nerviosa(o) y no puedo estar me quieto.					
14	Tengo esperanzas en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto las mismas cosas que antes.					
	TOTAL					

Marque con una x la repuesta, la última respuesta escribe el número que corresponda según su criterio

1	¿Alguna vez olvida tomar su medicación	Sí ()	No()
2	¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Sí ()	No()
3	¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Sí ()	No()
4	¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Sí ()	No()
5	En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	()A:Ninguna ()B: 1-2 ()C:3-5 ()D: 6-10 ()E: Más de 10	
6	Después de la última visita, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación? días	

Marque con una x la respuesta.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo			
TOTAL			

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“DEPRESIÓN COMO FACTOR ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTI-RETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIH/SIDA”

- DEPRESIÓN
 - NO () <50 puntos
 - SI () ≥ 50 puntos
 - Mínima () 50-59 puntos
 - Moderada () 60-70 puntos
 - Severa () >70 puntos
- ADHERENCIA
 - SI ()
 - NO ()
- DISFUNCIÓN FAMILIAR
 - SI () < 7 puntos
 - NO () ≥ 7 puntos
- SEXO
 - Femenino ()
 - Masculino ()
- EDAD:
 - 18-24 años ()
 - 25-29 años ()
 - 30-34 años ()
 - 35-39 años ()
 - 40-44 años ()
 - 45-49 años ()
 - 50-54 años ()
 - 55-59 años ()
 - 60-65 años ()
- TIEMPO DE TRATAMIENTO:
 - Menor de 3 meses ()
 - Entre 3 y 6 meses ()
 - Mayor a 6 meses ()
- OPCIÓN SEXUAL
 - Heterosexual ()
 - Homosexual ()
 - Bisexual ()
- ESTADO CIVIL
 - Soltero(a) ()
 - Casado(a) ()
 - Conviviente ()
 - Viudo(a) ()
- GRADO DE INSTRUCCIÓN
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Superior-técnico ()
 - Superior-universitario ()

**ANEXO Nº 04:
ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG**

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1	Me siento abatido o melancólico.					
2	Por las mañanas en cuando mejor me siento.					
3	Tengo acceso o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo a tanto apetito como antes					
6	Aún me atraen las personas del sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nerviosa(o) y no puedo estarme quieto.					
14	Tengo esperanzas en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto las mismas cosas que antes.					
	TOTAL					

ANEXO Nº 05:

CUESTIONARIO SIMPLIFICADO DE ADHESIÓN A MEDICAMENTOS(SMAQ)

1	¿Alguna vez olvida tomar su medicación	Sí ()	No()
2	¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Sí ()	No()
3	¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Sí ()	No()
4	¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Sí ()	No()
5	En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	<input type="checkbox"/> A:Ninguna <input type="checkbox"/> B: 1-2 <input type="checkbox"/> C:3-5 <input type="checkbox"/> D: 6-10 <input type="checkbox"/> E: Más de 10	
6	Después de la última visita, ¿Cuántos días completos no tomó la medicación? días	

ANEXO N° 06:
ESCALA DE APGAR FAMILIAR

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo			
TOTAL			