

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA HUMANA



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

“FACTPRES ASOCIADOS A ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO, DE PACIENTES CON VIH EN UN HOSPITAL DE PIURA, 2018-2020”

Área de Investigación:

Enfermedades Infecciosas y Tropicales

Autor (es):

Ipanaque Calderón, Jose Josue

Jurado Evaluador:

Presidente: Dávila Carbajal, Christian Luis

Secretario: Serna Alarcón, Víctor

Vocal: Cavalcanti Ramírez, Sofia

Asesor:

García Vilela, Ciro Adolfo

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2016-6788>

Piura – Perú

2022

Fecha de sustentación: 2022/08/10

DEDICATORIA

A mi Abuelita, que, con sus enseñanzas y su cariño, me incentivo los valores necesarios para enfrentar mi camino.

A mi Madre, que con su apoyo y firmeza forjo la persona que soy

A mi padre, que dio sabiduría para enfrentar los obstáculos en mi camino

A mi hermana, quien es una motivación para seguir surgiendo

Gracias por todo, los amo

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a las personas que estuvieron durante mi proceso de estudios. A los docentes que me guiaron, brindaron los conocimientos, el tiempo brindado y su paciencia en la educación

A mi familia por confiar, por la educación brindada, los valores y el apoyo durante este proceso

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con el virus de Inmunodeficiencia humana (PVIH) en un Hospital de Piura durante el periodo 2018-2020.

Métodos: Estudio observacional, analítico caso control, prospectivo, para determinar el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) en un hospital de la región Piura, durante los años 2018-2020. La selección de casos y controles de acuerdo con los criterios de selección establecidos. Los datos fueron procesados en IBM SPSS. Se realizó un análisis bivariado y multivariado para evaluar la fuerza de asociación.

Resultados: Este estudio reclutó 137 PVIH. El 62.8% de participantes entre los 18 y 39 años, con secundaria completa el 40.1%. El 70.8% procedía de región costa. El 55% de los PVIH fueron no adherentes y el 44.5% adherente. En el análisis multivariado se identificó que los PVIH que tienen entre 40 a 59 años presentan un 57.29% más probabilidad de ser adherente, los PVIH que son casados tienen un 87.37% más probabilidad de ser adherentes al tratamiento, los PVIH que consumen alcohol tienen 4.4 veces riesgo de no ser adherentes.

Conclusiones: El incumplimiento de las indicaciones médicas, el consumo de alcohol se asocia a mayor riesgo de no adherencia en los PVIH. El estar casado o ser mayor de 40 favorece la adherencia en los PVIH.

Palabras clave: Adherencia, VIH: virus de la inmunodeficiencia humana, Factor de riesgo, TAR: terapia antirretroviral, PVIH: personas que viven con el VIH

ABSTRACT

Objective: To determine the factors associated with adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment in patients with the human immunodeficiency virus (PHIV) in a hospital in Piura during the 2018-2020 period.

Methods: Observational, analytical, prospective, case-control study to determine the level of adherence to antiretroviral treatment (ART) in a hospital in the Piura region, during the years 2018-2020. The selection of cases and controls according to the established selection criteria. The data was processed in IBM SPSS. Bivariate and multivariate analysis were performed to assess the strength of association.

Results: This study recruited 137 PHIV. 62.8% of participants between 18 and 39 years old, with secondary school completed 40.1%. 70.8% came from the coastal region. 55% of the PHIV were non-adherent and 44.5% adherent. In the multivariate analysis, it was identified that PHIV who are between 40 and 59 years old have a 57.29% more probability of being adherent, PHIV who are married have 87.37% more probability of being adherent to treatment, PHIV who consume alcohol have 4.4 times risk of not being adherent.

Conclusions: Failure to comply with medical indications, alcohol consumption is associated with a higher risk of non-adherence in PHIV. Being married or older than 40 favors adherence in PHIV.

Keywords: Adherence, HIV: human immunodeficiency virus, Risk factor, ART: antiretroviral therapy, PLHIV: people living with HIV

INDICE

1. INTRODUCCION	7
1.2. OBJETIVO	9
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	9
1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
2. MATERIAL Y METODO	9
2.1. DISEÑO DE ESTUDIO	9
2.2. POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO	9
2.2.1. POBLACION	9
2.2.2. CRITERIOS INCLUSION	9
2.2.3. CRITERIOS EXCLUSION	10
2.2.4. MUESTRA Y MUESTREO	10
2.2.5. UNIDAD DE ANALISIS	10
2.2.6. UNIDAD DE MUESTREO	10
2.2.7. MARCO MUESTRAL	10
2.2.8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	11
2.3. PROCEDIMIENTO Y TECNICAS	17
2.3.1. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS	17
2.4. PLAN DE ANALISIS	17
2.5. ASPECTOS ETICOS	18
2.6. PRESUPUESTO	18
2.7. LIMITACIONES	18
3. RESULTADOS	19
4. DISCUSION	26
5. CONCLUSIONES	30
6. RECOMENDACIONES	30
7. BIBLIOGRAFIA	30
8. ANEXOS	35

1. INTRODUCCIÓN

Ha transcurrido 41 años a partir desde que se habló oficialmente del “virus de inmunodeficiencia humana (VIH)” en 1986(1). A partir de entonces los países de la Región de las Américas han dirigido respuestas a nivel mundial en la lucha de esta pandemia a través de acciones basadas en un enfoque de salud pública y derechos humanos(2). Actualmente la UNADIS informa un progreso notable en cuanto a disminución del número de infecciones nuevas por el VIH y defunciones asociadas con el SIDA, sin embargo, precisa una desigualdad en la extensión del camino a la terapia antirretroviral y el impacto que ha causado la pandemia del COVID19 en la respuesta al tratamiento del VIH, ya que una detención radical de seis meses podría causar más de 500.000 muertes durante el próximo año (2020-2021), con ello retroceder a los niveles de mortalidad del 2008, por tanto sigue siendo un fundamental problema para la salud pública(3). Actualmente el VIH/SIDA es una principal causa de morbimortalidad elevada en países de bajos y medianos ingresos(4). Se considera que “38 millones (31,6 millones – 44,5 millones) de personas viviendo con VIH, 1,7 millones (1,2 millones – 2,2 millones) de casos nuevos con VIH y 690.000 (500.000 – 970.000)” de defunciones vinculadas con el sida en el 2019(5). La problemática reportada en los últimos años ha sido la baja adherencia al tratamiento para el VIH, la mayoría de estudios reportados a nivel mundial se han enfocado en determinar los factores asociados a la baja adherencia a los tratamientos farmacológicos(antirretrovirales) , excluyendo la adherencia a indicadores no farmacológicos y a su vez un escaso interés en su investigación. La adherencia a los indicadores no farmacológicos está vinculada al incremento de la eficacia del tratamiento y la disminución de la posibilidad de resistencia a los medicamentos, reinfección y transmisibilidad. Además, aportan a aumentar el estado de salud y bienestar general(6–8).

En el 2004, Perú, inicia el “programa de terapia antirretroviral de gran actividad” (TARGA), posterior a esta fecha se obtuvo una reducción significativa en la mortalidad relacionada con el VIH. Entre el 2006-2016, Perú, obtuvo la reducción máxima de mortalidad con un 62% en América Latina(9). La finalidad del programa TARGA es disminuir la carga viral en los individuos que viven con VIH a niveles indetectables, disminuye la morbimortalidad y reduce los periodos de transmisibilidad del VIH (10,11). No obstante, el éxito del programa depende de una elevada adherencia a los medicamentos durante toda su vida para obtener resultados clínicos excelentes como alargar la supervivencia, mejorar el estado de salud, vida y minimiza el riesgo de resistencia a los fármacos empleados(12,13). La efectividad y eficiencia del TARGA depende de muchos factores, los cuales están unidos al desempeño del paciente. Diversos estudios epidemiológicos evidenciaron que la adherencia al TARGA está influenciada por factores como, cumplimiento y orden estricto del tratamiento, características clínicas y laboratoriales de la enfermedad, la conexión del responsable de la atención médica y el entorno clínico(14–16) .

La falta de adherencia al TARGA provoca aumento de la carga viral con ello descontrol de la infección y sucesión de la enfermedad, produciendo el fracaso del tratamiento, por consiguiente, la adopción de medidas para evaluar e intensificar la adherencia al TARGA es primordial en todos los niveles de atención de salud por todo el personal clínico (17). El consumo de sustancias psicoactivas conduce a problemas de adherencia al TARGA. Revisiones

sistemáticas realizadas en Pakistán informaron que los consumidores masculinos de drogas causaron una baja adherencia al TARGA, de igual manera resalta con importancia el entorno familiar, apoyo y consistencia familiar como factores indispensables para la adherencia al TARGA(18). Las personas con VIH están generalmente expuestas al consumo de alcohol, relacionándolas con conductas sexuales de riesgo (sexo sin protección y promiscuidad). Un estudio realizado en Perú mostro la alta prevalencia del trastorno por consumo de alcohol en hombres homosexuales infectados con VIH y su alta contribución significativamente a la falta de adherencia al TARGA (AOR = 0,427; IC del 95% = 0,187–0,976)(19).

Dentro de los aspectos asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico se encuentran los cambios de estilo de vida (realización de actividad física, régimen alimenticio, dieta), estados emocionales (estrés, ansiedad y depresión), las acciones de prevención para enfermedades oportunistas, enfermedades de transmisión sexual y medidas para evadir la ingesta de alcohol, sustancias psicoactivos y tabaco. La depresión y el estrés causan variaciones en el nivel inmunológico, neurológico y endocrino afectando en el curso de la enfermedad. Además, está asociado con el incremento de enfermedades y aumento de mortalidad en PVIH (20). Estudios demostraron que el ejercicio físico contribuye a mejorar los sistemas cardiocirculatorio y digestivo, aumentar el nivel de energía, mejorar el sistema inmune, reducir los trastornos metabólicos, y evita efectos adversos de algunos antirretrovirales como es la lipodistrofia (21,22).

Estudios realizados precisaron que una buena alimentación lograba fortalecer el sistema inmunológico con ello otorgar protección con las enfermedades oportunistas y disminuir efectos adversos de algunos antirretrovirales como es evitar la pérdida muscular, disminuir los episodios de diarrea) (23).

Se han encontrado factores claves para la adherencia al TARGA dentro de ellas se encuentran el comportamiento del paciente, la motivación y la economía del comportamiento (24). Un estudio en Uganda demostró que la entrega de premios de incentivos tuvo un aumento estadísticamente significativo en la adherencia al TARGA. El 63.3%(IC del 95%, 52,9-72,8%) mantuvieron el 90% de adherencia durante los 9 meses de intervención en comparación con el 39,6% en el grupo control (25). Un estudio en China incluyó a un grupo de personas que vivían con VIH a un programa denominado “modelo de gestión integral de los casos” al realizar el estudio demostró que las personas que participaban en este programa tuvieron una mejor adherencia al TARGA en comparación con el grupo control (intervención: 95,3%; control:89,2%; $p < 0,001$) (26). En Kenia se realizó un estudio de medidas repetidas a través de un aplicativo de mensajería de texto (WeITel) en personas con VIH positivas de alto riesgo midiendo la carga viral y la adherencia auto informada por 12 meses antes y 12 meses después de la introducción de la intervención del WeITel observándose una mejoría significativa a la adherencia al TARGA (OR 1,14, IQR 1,10-1,18; $P < 0,001$) (27). Un estudio en Brasil demostró que el envío semanal de mensajes mejora la adherencia al TARGA y reducción de la carga viral (28).

En Perú existen pocos estudios enfocados en la adherencia al tratamiento no farmacológico y del TARGA, todos realizados en la región metropolitana de Lima (29). En la actualidad la adherencia al tratamiento del VIH presenta impresiones debido a la aparición de barreras que influyen en la adherencia,

tanto, estructurales (ejemplo: disponibilidad de fármacos), y en la práctica (ejemplo: distancia clínica para el acceso al tratamiento), esto se ha ido reforzando por el MINSA logrando inaugurar centros TARV de forma estratégica en la mayoría de regiones del Perú; con la finalidad de que se reduzcan la barrera de disponibilidad de fármaco, inclusive en pandemia, la distribución de fármacos a los pacientes fue continúa logrando darles medicamentos por más de 3 meses. La imprecisión de información en los países latinoamericanos en cuanto a la adherencia al tratamiento no farmacológico y del TARGA ocasiona obstáculos para ejecutar nuevas intervenciones (30–32). Por ello, la finalidad de este estudio es conocer el estado actual de la adherencia al tratamiento del VIH en individuos que viven con VIH en la región Piura en los periodos del 2018 al 2020. Esta investigación busca contribuir al entendimiento ya perteneciente en América Latina y el Caribe, sobre qué factores estarían entrelazados con la adherencia al tratamiento no farmacológico y del farmacológico en PVIH, debido a la escasez de registros regionales y nacionales en Perú específicos para la adherencia del tratamiento en estos pacientes.

1.3 OBJETIVOS:

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con el virus de Inmunodeficiencia humana (PVIH) en un Hospital de Piura durante el periodo 2018-2020

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar los factores sociodemográficos de los PVIH de un hospital de Piura en los años 2018 – 2020.
- Comparar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, de PVIH de un hospital de Piura en los años 2018 – 2020.
- Identificar la presencia de factores sociodemográficos asociados a la adherencia al tratamiento de PVIH, en un hospital de Piura, durante los años 2018 – 2020.

2. MATERIAL Y MÉTODO:

2.1. DISEÑO DE ESTUDIO: Estudio Analítico observación caso control, con toma de datos primarios mediante la aplicación de Encuestas y revisión de Historias Clínicas.

2.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:

2.2.1. POBLACIÓN: Adultos de ambos sexos, con diagnóstico confirmado de infección por VIH, que pertenezcan al centro TARV específico del Hospital Santa Rosa.

2.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

➤ Casos

- Casos incidentes de VIH ingresados en el periodo 2018 a 2020.
- Adultos de todos los géneros.
- Con diagnóstico confirmado de VIH.
- Que figuren como inscritos en la estrategia de prevención y control de ITS/VIH.
- Que exista registro de incumplimiento en citas, irregular toma de medicamentos, irregular o nulo uso de preservativos, incumplimiento en exámenes auxiliares de control, práctica de conductas de riesgo (administración parenteral de drogas psico-activas, alcoholismo,

promiscuidad)

➤ **Controles**

- Casos incidentes de VIH ingresados en el periodo 2018 a 2020.
- Adultos de todos los géneros.
- Con diagnóstico confirmado de VIH.
- Que figuren como inscritos en la estrategia de prevención y control de ITS/VIH.
- Que en los registros de historias clínicas y documentos de la estrategia de prevención y control de ITS/VIH, no figure falta de adherencia a: acudir a citas, administración de tratamiento, uso de preservativos, exámenes auxiliares, ni sobre prácticas de conductas de riesgo (administración parenteral de drogas psico-activas, alcoholismo, promiscuidad)

2.2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

➤ **Casos**

- Adultos con SIDA.
- Infectados con VIH, fallecidos en el periodo 2018 – 2020, por cualquier causa.
- Inscritos en la “estrategia de prevención y control de ITS/VIH”, que no residan en la región Piura en el periodo de estudio.
- Adultos que durante el desarrollo del cuestionario rehúsen continuar participando del estudio.
- Casos en los que no se ubiquen registros de información.

➤ **Controles**

- Adultos con SIDA.
- Infectados con VIH, fallecidos en el periodo 2018 – 2020, por cualquier causa.
- Inscritos en la “estrategia de prevención y control de ITS/VIH”, que no residan en la región Piura en el periodo de estudio.
- Adultos que durante el desarrollo del cuestionario rehúsen continuar participando del estudio.
- Casos en los que no se ubiquen registros de información.

2.2.4. MUESTRA Y MUESTREO:

El tamaño de la población fue de 94 dato obtenido de la población de adultos infectados por VIH, notificados a nivel de DIRESA de Piura.

El tamaño de la muestra fue calculado en el programa EPIDAT 4.2, considerando:

1. Intervalo de confianza del 95%
2. Potencia 80%

Dando como tamaño de muestra 56casos y 56controles como mínimo.

2.2.5. UNIDAD DE ANÁLISIS: pacientes con el virus de Inmunodeficiencia humana en el Hospital Santa Rosa.

2.2.6. UNIDAD DE MUESTREO: pacientes con el virus de Inmunodeficiencia humana en el Hospital Santa Rosa que cumplan con los criterios de inclusión.

2.2.7. MARCO MUESTRAL: Conjunto de encuestas aplicadas a pacientes con el virus de Inmunodeficiencia humana en el Hospital Santa Rosa en la región Piura.

2.2.8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	INSTRUMENTO
SOCIODEMOGRAFICA	Se relaciona con las particularidades generales y al tamaño de un grupo poblacional. Estos caracteres dan una identidad a los integrantes de esta clase. La edad, el género, estado civil, el nivel de instrucción, la ocupación y el nivel de ingresos .	Genero	Características generales, comportamientos, actividades y atributos que tiene cada sociedad los hombres y las mujeres .	Cualitativa Politómica	Nominal	Preferencia sexual de paciente	Cuestionario
		Edad	Tiempo desde el nacimiento hasta la fecha de consulta.	Cuantitativa Discreta	De razón	Años cumplidos	Cuestionario
		Estado civil	Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información.	Cualitativa Politómica	Nominal	Soltero Casado Divorciado Viudo Conviviente	Cuestionario

		Grado de Instrucción	Nivel de estudios formales más alto alcanzado	Cualitativa Politómica	Ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Universitaria	Cuestionario
		Nivel Económicos	Es todo ingreso económico que recibe una persona mensual.	Cuantitativa Contínua	Razón	Monto promedio en soles de los últimos seis meses.	Cuestionario
		Ocupación	Es un trabajo, empleo u ocupación, por el cual recibe una retribución económica	Cuantitativa Dicotómica	Nominal	Empleado Desempleado	Cuestionario
Tratamiento Farmacológico del VIH (TARGA)	Tratamiento médico implementado por el MINSA en el Perú, el cual consiste en la combinación de tres o más drogas antirretrovirales con diferentes	Adherencia al tratamiento	Cumplir las indicaciones explícitas del programa.	Cuantitativa Dicotómica	Nominal	Adherencia No adherencia	cuestionario de adherencia SMAQ

<p>mecanismos de acción farmacológica, que permiten la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, ello conduce a la recuperación inmunológica del paciente en fase de inmunodeficiencia .</p>	<p>Cumple con la toma de Tenofovir</p>	<p>Fármaco antiviral empleado para el tratamiento del VIH.</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si cumple indicaciones de tratamiento</p> <p>No cumple indicaciones de tratamiento</p>	<p>Cuestionario</p>
	<p>Cumple con la toma de Emtricitabina</p>	<p>Fármaco antiviral que se emplea para el tratamiento del VIH.</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si cumple indicaciones</p> <p>No cumple indicaciones</p>	<p>Cuestionario</p>
	<p>Cumple con la toma de Efavirenz</p>	<p>Medicamento inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo a los nucleósidos que se emplea contra el VIH .</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si cumple indicaciones</p> <p>No cumple indicaciones</p>	<p>Cuestionario</p>
	<p>Efectos adversos</p>	<p>Experiencias indeseadas en un paciente asociadas con el uso de un producto médico</p>	<p>Cualitativa Dicotómica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si cumple indicaciones</p> <p>No cumple indicaciones</p>	<p>cuestionario</p>

Tratamiento no Farmacológico	Es cualquier intervención no medicamentosa realizada sobre el paciente capaz de obtener un beneficio relevante	Promiscuidad	Tener relaciones sexuales con distintas parejas	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No	cuestionario
		Consumo de sustancias psicoactivas	Consumo de drogas psicoactivas en pacientes con VIH.	Cualitativa Politómica	Ordinal	Nunca Algunas veces Siempre	cuestionario
		Uso preventivo de preservativos	Utilización de métodos mecánico de protección en las relaciones sexuales en pacientes con VIH.	Cualitativa Politómica	Ordinal	Nunca Algunas veces Siempre	cuestionario
		Consumo de alcohol	Ingesta de alcohol en pacientes con VIH.	Cualitativa Politómica	Ordinal	Nunca Algunas veces Siempre	cuestionario

		Acude a las citas programadas	Acude puntualmente a las citas con el personal del programa de ITS/VIH o a control médico	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí asiste puntualmente No asiste	Cuestionario. Registros de programa ITS
		Acude a realizarse exámenes auxiliares solicitados	Asiste a realizarse análisis solicitados durante las atenciones en el programa de ITS/VIH o las indicadas por el médico	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí asiste puntualmente. No asiste	Cuestionario. Registros de programa ITS
		Conciencia de la enfermedad	Entendimiento real y nivel de conocimiento respecto al tipo de enfermedad	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Adecuado Inadecuado	Cuestionario de conocimiento sobre VIH
		Problemas Familiares	Dificultades que se deben a la falta de habilidad de uno o varios miembros para comunicar sus necesidades o deseos de manera asertiva.	Cualitativa Politómica	Ordinal	Nunca Algunas veces Siempre	Cuestionario

		DEPRESION	<p>trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más.</p>	<p>Cualitativa Politémica</p>	<p>Ordinal</p>	<p>0. No, nunca 1. Algunas veces, 1 vez por semana 2. Bastantes veces, más de 4 días por semana 3. Casi todos los días, 6 días a la semana 4. Siempre</p>	<p>Escala de depresión de Hamilton</p>
--	--	------------------	---	-----------------------------------	----------------	---	--

2.3 PROCEDIMIENTO Y TECNICAS:

- El trabajo de investigación se realizó en el presente año 2022 en el Hospital Santa Rosa de la región Piura.
- Se aprobó comité de ética de la universidad privada Antenor Orrego-Piura.
- Se solicitó la autorización respectiva del director del Hospital Santa Rosa
- Se realizó la interacción necesaria con los PVIH a través de encuestas presenciales.

2.3.1 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS: VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para la recolección de datos en este estudio se hizo en 3 etapas:

1. Se procedió a revisar la historia clínica para identificar el año de ingreso o reingreso al tratamiento TARV.
2. Se procedió a realizar el cuestionario SMAQ para la adherencia al tratamiento.
3. Se procedió a realizar un cuestionario de dos secciones las cuales se describen a continuación:
 - a) sección 1: Se recolectó información sociodemográfica del paciente (edad, sexo, procedencia, nivel de educación, estado civil, ocupación, promedio de ingresos, género).
 - b) Sección 2: Se recolectó factores farmacológicos y no farmacológicos, enfocados en interrogantes referentes al cumplimiento indicaciones médicas, acudir a sus citas programadas, realizarse sus exámenes controles, tolerar efectos adversos de la medicación, el consumo de alcohol, drogas, participación de la familia, entorno amical, redes de apoyo, uso de preservativo, tener más de una pareja sexual. La variable sobre el conocimiento se estratificó de acuerdo a un pequeño test diseñado para evaluarla. La variable estado de depresión se usó la escala de Hamilton. La variable estado emocional se estratificó de acuerdo a unas preguntas seleccionadas.

El instrumento del estudio se aplicó el cuestionario a una muestra piloto, que estuvo formada por 15 PVIH residentes de Piura, obteniendo un valor de KR20 de 0.70.

2.4 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

La información fue digitalizada en una base de datos, en el cual se realizó el control de calidad de la información obtenida. Posterior a ello, la información fue introducida en el programa estadístico IBM SPSS para su análisis. Para la descripción de las variables, se detalló porcentajes y frecuencias para variables de tipo cualitativo. En el análisis bivariado se comparó las variables independientes con la variable resultado (ADHERENCIA), se aplicó prueba de Chi cuadrado para las variables de tipo cualitativo. Se consideró como significativo un valor $p < 0,05$. En el análisis de regresión multivariado se incluirán solo las variables significativas en el análisis bivariado, calculando un OR ajustado para

cada variable, el intervalo de confianza y el valor p, considerándose una asociación significativa valores $p < 0.05$.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS:

- Se solicitó el permiso del director del Hospital Santa Rosa de la región Piura.
- Se procedió a explicar a los PVIH objetivo del estudio, los criterios de selección, el consentimiento informado y el llenado adecuado del instrumento de evaluación.
- Se explicó a los participantes del estudio que los datos obtenidos serán mantenidos de forma anónima para que no se pueda identificar.
- Se tomaron en cuenta las declaraciones sobre investigación en seres humanos consignadas en la Declaración de Helsinki, en lo referente a respeto a la autodeterminación; y el código de ética del colegio médico del Perú.

2.6 PRESUPUESTO: Cantidad estimada por el Autor.

2.7 LIMITACIONES:

- La principal limitación encontrada es los registros de la data. No se encontraron todos los datos que el estudio requería por lo que se debieron eliminar esos casos.
- Otra limitación es el distanciamiento y el trabajo remoto del personal del Hospital Santa Rosa que retrasó y dificultó la etapa de recojo de información.
- Una tercera limitación fueron las historias clínicas incompletas en el Hospital Santa Rosa que llevan a descartar casos

3. RESULTADOS:

TABLA N°1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PVIH DE UN HOSPITAL DE PIURA EN LOS AÑOS 2018 – 2020

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL (n=137, 100%)
		SI (n=61, 44.5%)	NO (n=76, 55.5%)	
GRUPO DE EDAD	18 a 39	45(73.8%)	41 (53.9%)	86 (62.8%)
	40 a 59	15 (24.6%)	32 (42.1%)	47 (34.3%)
	60 a MAS	1 (1.6%)	3 (3.9%)	4 (2.9%)
	TOTAL	61	76	137 (100%)
LUGAR DE NACIMIENTO	COSTA	43 (70.5%)	54 (71.1%)	97 (70.8%)
	SIERRA	18 (29.5%)	18 (23.7%)	36 (26.3%)
	SELVA	0 (0%)	4 (5.3%)	4 (2.9%)
	TOTAL	61	76	137 (100%)
GENERO	HETEROSEXUAL	39 (63.9%)	44 (57.9%)	83 (60.6%)
	HOMOSEXUAL	8 (13.1%)	17 (22.4%)	25 (18.2%)
	BISEXUAL	14 (23%)	13 (17.1%)	27 (19.7%)
	TRANSEXUAL	0 (0%)	2 (2.6%)	2 (1.5%)
	TOTAL	61	76	137 (100%)
SEXO	MASCULINO	47 (77%)	60 (78.9%)	107 (78.1%)
	FEMENINO	14 (23%)	16 (21.1%)	30 (21.9%)
	TOTAL	61	76	137 (100%)
GRADO DE INSTRUCCIÓN	NO HA TENIDO EDUCACION	1 (1.6%)	5 (6.6%)	6 (4.4%)
	PRIMARIA	3 (4.9%)	10 (13.2%)	13 (9.5%)
	SECUNDARIA	23 (37.7%)	32 (42.1%)	55 (40.1%)
	S. TECNICA	22 (36.1%)	15 (19.7%)	37 (27%)
	S. UNIVERSITARIA	12 (19.7%)	14 (18.4%)	26 (19%)
	TOTAL	61	76	137 (100%)
ESTADO CIVIL	SOLTERO	36 (59%)	50 (65.8%)	86 (62.8%)
	CASADO	1 (1.6%)	11 (14.5%)	12 (8.8%)
	DIVORCIADO	0 (0%)	3 (3.9%)	3 (2.2%)
	VIUDO	2 (3.3%)	2 (2.6%)	4 (2.9%)
	CONVIVIENTE	22 (36.1%)	10 (13.2%)	32 (23.4%)
TOTAL	61	76	137 (100%)	
OCUPACION	DESEMPLEADO	28 (45.9%)	39 (51.3%)	67 (48.9%)
	EMPLEADO	33 (54.1%)	37 (48.7%)	70 (51.1%)
	TOTAL	61	76	137 (100%)
INGRESOS	<1500 SOLES	26 (42.6%)	62 (81.6%)	88 (64.2%)
	>1500 SOLES	35 (57.4%)	14 (18.4%)	49 (35.8%)
	TOTAL	61	76	137 (100%)

Fuente: datos tabulados por los autores.

El 62.8% de participantes se encontraron en el grupo de edad de 18 a 39 años, seguido de 40 a 59 años (34.3%) y por último 60 a más años (2.9%).

La mayor parte de los participantes provenía de la región costa (70.8%), el 26.3% de la sierra y el 2.9 de la selva.

En cuanto al género el 60.6% era heterosexual, el 19.2% bisexual, el 18.2% homosexual y 1.5% transexual.

La mayor parte de los participantes pertenecía al sexo masculino que el femenino, 78.1% y 21.9 respectivamente.

El grado de instrucción, la mayor parte de los participantes tenía educación secundaria (40.1%), seguida de educación superior técnica (27%), educación universitaria (19%), educación primaria (9.5%) y no tenía educación un 4.4%.

En su mayoría los participantes eran solteros (62.8%), convivientes un 23.4%, casados un 8.8%, viudos un 2.9% y divorciados un 2.2%.

La mayoría de los participantes tenían empleo durante la realización de la investigación (51.1%) y desempleados un 48.9%.

La mayor parte de los participantes tenían ingresos menores de 1500 soles mensuales (64.2%) y los que tenían ingresos mayores de 1500 soles un 35.8%.

TABLA N°2 FACTORES FARMACOLOGICOS ASOCIADOS A LA
ADHERENCIA AL TARGA, DE LOS PVIH DE UN HOSPITAL DE PIURA EN
LOS AÑOS 2018 – 2020

FACTORES FARMACOLOGICOS		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL (n=137, 100%)	P
		NO (n= 76, 55.5%)	SI (n=61, 44.5%)		
CUMPLE CON LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL	NO	52 (68.4%)	11 (18%)	63 (46%)	4.63E-09
	SI	24 (31.6%)	50 (82%)	74 (54%)	
CUMPLE CON SUS CITAS PROGRAMADAS DE CONTROL (PRESENCIAL O VIRTUAL)	NO	55 (72.4%)	10 (16.4%)	65 (47.4%)	8.19E-11
	SI	21 (27.6%)	51 (83.6%)	72 (52.6%)	
ACUDE A REALIZARSE SUS EXAMENES CONTROLES CD4 Y CV	NO	57 (75%)	8 (13.1%)	65 (47.4%)	6.82E-13
	SI	19 (25%)	53 (86.9%)	72 (52.6%)	
TOLERA LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS	NO	66 (86.8%)	17 (27.9%)	83 (60.6%)	2.66E-12
	SI	10 (13.2%)	44 (72.1%)	54 (39.4%)	

Prueba no paramétrica de wilcoxon

Fuente: datos tabulados por los autores.

En la tabla 02, se estableció la asociación entre las variables farmacológicas y la adherencia al TARGA:

Los PVIH que no cumplieron con las indicaciones médicas fue mayor en los no adherentes (68.4%) con respecto a los que si cumplieron (31.6%). Esta asociación fue estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$).

Los PVIH que no toleraban los efectos adversos de los medicamentos fue mayor en los no adherentes (86.8%) con respecto a los que si toleraban los efectos adversos (13.2%), mostro una relación estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$).

TABLA N°3 FACTORES NO FARMACOLOGICOS ASOCIADOS A LA
ADHERENCIA AL TARGA, DE LOS PVIH DE UN HOSPITAL DE PIURA EN
LOS AÑOS 2018 – 2020

FACTORES ASOCIADOS		ADHERENCIA AL TRATAMIENTO		TOTAL (n=137, 100%)	P
		NO (n= 76, 55.5%)	SI (n=61, 44.5%)		
TIENE MAS DE UNA PAREJA SEXUAL	NO	39 (51.3%)	48 (78.7%)	87 (67.5%)	0.000982642
	SI	37 (48.7%)	13 (21.3%)	50 (36.5%)	
USA PRESERVATIVO EN SUS RELACIONES SEXUALES	NO	47 (61.8%)	26 (42.6%)	73 (53.3%)	0.025570887
	SI	29 (38.2%)	35 (57.4%)	64 (46.7%)	
CONSUME DROGAS AL MENOS UNA VEZ	SI	50 (65.8%)	16 (26.2%)	66 (48.2%)	4.45873E-06
	NO	26 (34.2%)	45 (73.8%)	71 (51.8%)	
PARTICIPA EN REDES DE APOYO	NO	62 (81.6%)	32 (52.5%)	94 (68.6%)	0.000275921
	SI	14 (18.4%)	29 (47.5%)	43 (31.4%)	
PARTICIPACION AMICAL	NO	58 (76.3%)	34 (55.7%)	92 (67.2%)	0.011101526
	SI	18 (23.7%)	27 (44.3%)	45 (32.8%)	
PARTICIPACION FAMILIAR	NO	60 (78.9%)	33 (54.1%)	93 (67.9%)	0.002039061
	SI	16 (21.1%)	28 (45.9%)	44 (32.1%)	
ESTADO EMOCIONAL	BUEN	67 (88.2%)	50 (82%)	117 (85.4%)	0.309542492
	MAL	9 (11.8%)	11 (18%)	20 (14.6%)	
CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH	NO ADECUADO	35 (46.1%)	33 (54.1%)	68 (49.6%)	0.350990864
	ADECUADO	41 (53.9%)	28 (45.9%)	69 (50.4%)	
CUMPLE CON SUS CITAS PROGRAMADAS DE CONTROL (PRESENCIAL O VIRTUAL)	NO	55 (72.4%)	10 (16.4%)	65 (47.4%)	8.19E-11
	SI	21 (27.6%)	51 (83.6%)	72 (52.6%)	
ACUDE A REALIZARSE SUS EXAMENES CONTROLES CD4 Y CV	NO	57 (75%)	8 (13.1%)	65 (47.4%)	6.82E-13
	SI	19 (25%)	53 (86.9%)	72 (52.6%)	

Prueba no paramétrica de wilcoxon

Fuente: datos tabulados por los autores.

En la tabla 03, se estableció la asociación entre las variables no farmacológicas y la adherencia al TARGA:

Los PVIH que no tenían más de una pareja sexual fue mayor en los adherentes (78.7%) con respecto a los que si tenían más de una pareja sexual (21.3%), mostro una relación estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$).

Los PVIH que no usaban preservativo durante sus relaciones sexuales fue mayor en los no adherentes (61.8%) con respecto a los que si usaban preservativo durante sus relaciones sexuales (38.2%), mostro una relación estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$).

Los PVIH que si consumían drogas al menos una vez fue mayor en los no adherentes (65.8%) con respecto a los que no consumían drogas al menos una vez (34.2%), mostro una relación estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$).

Los PVIH que no participan en redes de apoyo fue mayor en los no adherentes (81.6%) con respecto a los que si participan en redes de apoyo (18.4%), mostro una relación estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$).

Los PVIH que no tienen la participación de amistades o compañeros de trabajos fue mayor en los no adherentes (76.3%) con respecto a los que tienen la participación de amistades o compañeros de trabajos (23.7%), mostro una relación estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$).

Los PVIH que no tienen la participación de un familiar fue mayor en los no adherentes (78.9%) con respecto a los que tienen la participación de un familiar (21.1%), mostro una relación estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$).

Los PVIH que tenían un buen estado emocional fue mayor en los no adherentes (88.2%) con respecto a los que tenían un mal estado emocional (11.8%), sin embargo, no mostro relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Los PVIH que tenían un conocimiento no adecuado sobre el VIH fue mayor en los adherentes (54.1%) con respecto a los que tenían un conocimiento adecuado (45.9%), sin embargo, no mostro relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

El no cumplir con las citas programas de control en PVIH no adherentes (72.4%) fue mayor con respecto a los que si cumplieron con las citas (27.6%), hubo una relación estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$).

En los PVIH que si acudieron a realizarse sus exámenes controles fue mayor en los adherentes (86.9%) con respecto a los que no acudieron a realizarse sus exámenes (13.1%), habiendo una relación estadísticamente muy significativa ($p < 0.05$).

TABLA N°4 IDENTIFICAR LA PRESENCIA DE FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PVIH, EN UN HOSPITAL DE PIURA, DURANTE LOS AÑOS 2018 – 2020.

FACTORES ASOCIADOS		P	OR	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	
				INFERIOR	SUPERIOR
GRUPO DE EDAD	18 a 39	Referente	-	-	-
	40 a 59	0.02375	0.4271	0.2027	0.8997
	60 a MAS	0.5831	-	-	-
LUGAR DE NACIMIENTO	COSTA	Referente	-	-	-
	SIERRA	0.5598	-	-	-
	SELVA	0.2078	-	-	-
GENERO	HETEROSEXUAL	Referente	-	-	-
	HOMOSEXUAL	0.1854	-	-	-
	BISEXUAL	0.6604	-	-	-
	TRANSEXUAL	0.5798	-	-	-
SEXO	MASCULINO	0.789465628	-	-	-
	FEMENINO				
GRADO DE INSTRUCCIÓN	NO HA TENIDO EDUCACION	0.3935	-	-	-
	PRIMARIA	0.2949	-	-	-
	SECUNDARIA	0.7131	-	-	-
	S. TECNICA	0.2985	-	-	-
	S. UNIVERSITARIA	Referente	-	-	-
ESTADO CIVIL	SOLTERO	Referente	-	-	-
	CASADO	0.042	0.1263	0.0156	1.022
	DIVORCIADO	0.4126	-	-	-
	VIUDO	0.999	-	-	-
	CONVIVIENTE	0.00939	3.056	1.291	7.232
OCUPACION	DESEMPLEADO	0.528661061	-	-	-
	EMPLEADO				
INGRESOS	<1500 SOLES	2.2687E-06	5.962	2.759	12.88
	>1500 SOLES				
CUMPLE INDICACIONES MEDICAS DE LOS FARMACOS TARGA	NO	4.63363E-09	9.848	4.371	22.19
	SI				
CONSUME ALCOHOL	SI	0.000696404	4.463	1.809	11.01
	NO				
ESTADO DEPRESION	ESTADO NORMAL	Referente	-	-	-
	DEPRESION MENOR				
		0.4631			

	DEPRESION MODERADA	0.9049			
	DEPRESION MAYOR	0.06991			
	DEPRESION SEVERA	0.1132			
CUMPLE CON SUS CITAS PROGRAMADAS DE CONTROL	NO				
	SI	8.19431E-11	12.75	5.51	29.5 ¹
ACUDE A REALIZARSE SUS EXAMENES CONTROLES	NO				
	SI	6.82023E-13	19.88	8.026	49.21
TOLERA LOS EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS	NO				
	SI	2.66095E-12	17.08	7.162	40.74
TIENMAS DE UNA PAREJA SEXUAL	NO				
	SI	0.000982642	0.2855	0.1335	0.6105
USA PRESERVATIVO EN SUS RELACIONES SEXUALES	NO				
	SI	0.025570887	2.182	1.098	4.336
CONSUME DROGAS AL MENOS UNA VEZ	SI				
	NO	4.45873E-06	5.409	2.576	11.35
PARTICIPA EN REDES DE APOYO	NO				
	SI	0.000275921	4.013	1.863	8.645
PARTICIPACION AMICAL	NO				
	SI	0.011101526	2.559	1.231	5.317
PARTICIPACION FAMILIAR	NO				
	SI	0.002039061	3.182	1.508	6.714
ESTADO EMOCIONAL	NO				
	SI	0.309542492	-	-	-
CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH	NO				
	SI	0.350990864	-	-	-

OR: Odds Ratio

Fuente: datos tabulados por los autores.

En la tabla 04, se evidencia los diferentes resultados significativos obtenidos entre la asociación de los factores utilizados en este estudio y la adherencia al tratamiento TARGA en PVIH.

Dentro de los factores sociodemográficos, se mostró una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$), dentro del grupo de edad entre los 40 a 59 años ($p = 0.023$), los ingresos mensuales ($p = 0.000$), el estado civil casado ($p = 0.042$) y conviviente ($p = 0.009$). Se le calculo el riesgo de cada uno, evidenciándose la presencia de factores protectores en el grupo de edad de 40 a 59 años ($OR = 0.427$, $IC95\% 0.20-0.899$), este tiene un 57.29% más probabilidad de ser adherente que los PVVS de 18 a 39 años y en aquellos PVIH que son casados tienen un 87.37% más probabilidad de ser adherentes al tratamiento que los no casados ($OR = 0.126$, $IC95\% 0.0156-1.022$). Por otro lado, los PVIH que son convivientes tienen 3 veces el riesgo de probabilidad de no adherirse al tratamiento que los no convivientes ($OR = 3.056$, $IC95\% 1.291-7.232$), por ultimo los PVIH que tiene menos de 1500 soles de ingreso mensual tienen 5.9 veces riesgo de ser no adherentes comparados con los que ganan más de 15000 soles ($OR = 5.962$, $IC95\% 2.759-12.88$)

Dentro de los factores farmacológicos, se halló relaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$): el cumplir con las indicaciones médicas ($p = 0.000$), y la tolerancia de los efectos adversos de los medicamentos ($p = 0.000$). Se calculo el riesgo para cada uno de ellos, por consiguiente, se encontró que los PVIH que no cumplen con las indicaciones medicas tienen 9.8 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que cumplen las indicaciones ($OR = 9.84$, $IC95\% 4.371-22.19$); los PVIH que no cumplieron con las citas programas por el personal de enfermería tienen 12.8 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que cumplen con sus citas programas ($OR = 12.75$, $IC95\% 5.51-29.5$); los PVIH que no acuden a realizarse sus exámenes de control (CD4 y CV) tienen 19.9 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que si acuden a realizarse sus exámenes ($OR = 19.88$, $IC95\% 8.026-49.21$); por ultimo los PVIH que no toleran los efectos adversos de los medicamentos tienen 17.1 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que si toleran los efectos adversos de los medicamentos ($OR = 17.08$, $IC95\% 7.162-40.74$).

Dentro de los factores no farmacológicos, se encontraron relaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$): el cumplir con las citas programadas ($p = 0.000$), el acudir a realizarse sus exámenes controles ($p = 0.000$), el consumo de alcohol ($p = 0.001$), tener más de una pareja sexual ($p = 0.001$), usar preservativo durante las relaciones sexuales ($p = 0.026$), consumo de drogas ($p = 0.000$), participar de redes de apoyo ($p = 0.000$), participación de amistades o compañeros de trabajo ($p = 0.011$), participación familiar ($p = 0.002$). Por otro lado, las variables estado emocional, conocimiento sobre VIH y el estado de depresión no se obtuvieron relación estadísticamente significativa. Al calcular el riesgo de los factores no farmacológicos que fueron estadísticamente significativas, se encontró que los PVIH que consumen alcohol tienen 4.4 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que no consumen alcohol ($OR = 4.463$, $IC95\% 1.809-11.01$); los PVIH que no usan preservativo durante sus relaciones sexuales tienen 2.2 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que si usaban preservativos ($OR = 2.182$, $IC95\% 1.098-4.336$); los PVIH que si consumen drogas tienen 5.4 veces el riesgo de no ser

adherentes comparados con los que no consumían (OR=5.409, IC95% 2.576-11.35); los PVIH que no participan de redes de apoyo tienen 4 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que si participan de alguna red de apoyo (OR=4.013, IC95% 1.863-8.645); los PVIH que no tienen participación y apoyo de algún amigo o compañero de trabajo tienen un 2.6 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que si tienen participación y apoyo de amigos (OR=2.559, IC95%1.231-5.317); los PVIH que no tienen participación de familiar tienen 3.2 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que si tienen participación familiar (OR=3.182, IC95% 1.508-6.714). Por otro lado, se encontró un factor protector, los PVIH que no tienen más de una pareja sexual tienen un 71.45% % más probabilidad de ser adherente que los que si tienen más de una pareja sexual (OR=0.2855, IC95% 0.1335-0.6105).

4. DISCUSION

El VIH/SIDA sigue siendo el problema más importante de la salud publica en la actualidad. Hoy en día, se han logrado avances importantes para frenar la magnitud del problema, tanto a nivel diagnóstico, terapéutico y preventivo. La introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha disminuido significativamente la morbimortalidad asociada con el VIH/SIDA. Es por ello, que el nivel de adherencia al tratamiento es imprescindible para garantizar la efectividad farmacológica y mejorar la respuesta clínica e inmunológica de la cronicidad de esta enfermedad terminal.

Con respecto a la edad, diversos estudios indican que la juventud es un gran inconveniente para la no adherencia, esto es reafirmado en un actual estudio en Bogotá (8), el cual comprueba los planteamientos de dichos estudios, demostrando que los pacientes cuya edad era inferior de 40 años tenían un 95% menor probabilidad de no adherirse al compararse con los que tenían más de 40 años. En nuestro estudio los PVIH que tenían una edad entre los 40 a 59 años tienen un 57.29% más probabilidad de ser adherente que los PVIH de 18 a 39 años.

En cuanto al sexo, un estudio realizado en lima (38), concluyo que los PVIH cuyo sexo era masculino tenía 16 veces más probabilidad de ser no adherentes con respecto a su grupo control. Por otro lado, en nuestro estudio se encontró una mayor prevalencia por parte del sexo masculino de ser no adherentes, sin embargo, no mostro una relación estadísticamente significativa.

En cuanto al género, un estudio realizado en la habana (39) no encontró relación entre la identidad de género y la adherencia al tratamiento. Coincidiendo en los hallazgos encontrados en nuestro estudio, sin embargo, esto podría deber a falta de homogenización de los géneros en la actual sociedad y las repercusiones sobre ello.

Además, en el estudio realizado en Bogotá (8), también menciona que la relación entre los factores sociodemográficos como procedencia, grado de instrucción, ocupación y estado civil no tuvo correlación con la adherencia terapéutica. Si bien es cierto que en nuestro estudio no obtuvimos relación entre la procedencia, grado de instrucción, ocupación con la adherencia terapéutica, se encontró que el estado civil casado mostraba un 87.37% más probabilidad de favorecer la adherencia terapéutica, por otro lado, los PVIH

cuyo estado civil era conviviente tuvieron 3 veces el riesgo de probabilidad de no adherirse al tratamiento comparado con los no convivientes. Resultados similares obtuvimos en nuestro estudio

En cuanto a los ingresos económicos, un estudio realizado en Brasil (42) encontró que los PVIH que recibieron renta menor a 4 salarios mínimos tuvieron menos probabilidad de ser adherentes al tratamiento. En cuando a nuestro estudio se encontró que los ingresos mensuales inferiores <1500 tenían 6 veces mayor riesgo de ser no adherentes al tratamiento, en este contexto existe características similares en cuanto al nivel económicos y la adherencia terapéutica, coincidiendo con nuestros hallazgos.

Respecto a la relación entre la adherencia terapéutica y los factores farmacológicos, nuestro estudio señala una correlación significativa. Un artículo de revisión indica que el “70% de ser no adherente se debe a la decisión propia del paciente” (44). Este ítem es poco explorado en la literatura disponible.

Un estudio en Colombia (45), demostró que los pacientes que percibían barreras para el tratamiento (el no cumplir las indicaciones médicas, no asistir a sus citas, no asistir a realizarse su CV y CD4). tuvieron mayor asociación a la no adherencia que los que no tuvieron ninguna barrera. En nuestro estudio, los PVIH que no cumplen con las indicaciones médicas tuvieron 9.8 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que cumplen las indicaciones, se encontraron resultados similares pese a la diferencia de diseños de ambos estudios.

En Paraguay se realizó un estudio (43), donde se muestra que la presencia de efectos adversos se asocia a la no adherencia terapéutica. En nuestro estudio se encontró que los PVVS que no toleran los efectos adversos de los medicamentos tuvieron 17.1 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que, si toleraban los efectos adversos de los medicamentos, coincidiendo en los resultados.

Respecto a la asociación entre la adherencia al tratamiento y a los factores no farmacológicos, nuestro estudio mostró correlación significativa. Un estudio en Colombia (45), demostró que los pacientes que percibían barreras para el tratamiento (no asistir a sus citas, no asistir a realizarse su CV y CD4). tuvieron mayor asociación a la no adherencia que los que no tuvieron ninguna barrera. En nuestro estudio, los PVVS que no cumplieron con las citas programas por el personal de enfermería tuvieron 12.8 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que cumplen con sus citas programas y los PVIH que no acuden a realizarse sus exámenes de control tuvieron 19.9 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que si acuden a realizarse sus exámenes. Es vital señalar que la carga viral funciona como factor protector debido a que una CV baja aumenta la adherencia al tratamiento (44). Por tal motivo, la educación proporcionada por el personal de salud repercute en las decisiones del paciente por ende forma un rol importante en el tratamiento. Hay que recordar que no solo con la entrega del medicamento se logrará una óptima adherencia, sino que intervienen la presencia de diferentes factores que se presentan en el estudio.

Un estudio en Colombia (8), mostró que el 30% de sus participantes no utiliza preservativos, pero no enfocó una asociación con la adherencia al tratamiento, no obstante, recalca la necesidad de realizar estudios sobre este mismo para la toma de medidas. Nosotros encontramos que los PVVS que no usan preservativo durante sus relaciones sexuales tienen 2.2 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que si usaban preservativos. Estos resultados deben tomarse de forma prudente y promover el uso correcto y permanente en sus relaciones sexuales.

Por otro lado, en nuestro estudio se halló que los PVIH que no tienen más de una pareja sexual tienen un 71.45% % más probabilidad de ser adherente que los que si tienen más de una pareja sexual. Esta variable no ha sido explorada por otros autores en la literatura consultada.

Estudios han vinculado la existencia del consumo de alcohol como factor de riesgo en la falta de adherencia en los PVIH, contribuyendo a un número considerable de muertes entre los PVIH. Estudios realizados en Uganda y Perú (15,41), encontraron correlación inversa ($p < 0.001$) entre el consumo de alcohol y la adherencia al tratamiento, aumentando la probabilidad de incumplimiento del TAR. En nuestro estudio el consumo de alcohol de los pacientes que pertenecían al programa tuvo 4.4 veces mayor riesgo de ser no adherentes comparado con los que no consumían alcohol. Este hallazgo genera incertidumbre debido al efecto inhibitor sobre el funcionamiento cognitivo; genera alteraciones en el comportamiento e involucra el razonamiento normal de las personas, comprometiendo la adherencia al TARGA. La importancia se basa en reconocer que, en la sociedad actual, el consumo de alcohol se ha convertido en un estilo de vida y sin restricción a su acceso. En consecuencia, muchos PVIH dejan de tomar su medicación o lo ingieren junto a bebidas alcohólicas, desconociendo los posibles efectos de acción graves que se generan al ingerirse junto a los medicamentos antirretrovirales. Por lo tanto, el programa de TARGA debería centrarse en fortalecer y promover la disminución de este factor.

En cuanto al consumo de drogas, un estudio en Kazajstán (42), encontró que el uso de drogas interfería con la adherencia a la medicación en los participantes. En nuestro estudio, se encontraron resultados similares, los PVIH que consumían drogas tuvieron 5.4 veces el riesgo de no ser adherentes comparados con los que no consumían.

En cuando a la participación familiar, apoyo social y laboral, un estudio en España (40), reconoció que el apoyo social es un factor favorable para la adherencia terapéutica, estos factores se encontraron insuficientes o inexistentes en su estudio, lo que pudo ser un elemento causante del incumplimiento terapéutico del 59.3% de sus participantes. En nuestro estudio los PVIH que no tuvieron participación y apoyo de algún amigo o compañero de trabajo tuvieron un 2.6 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que si tenían participación y apoyo de amigos al igual los PVIH que no tenían participación de algún familiar tuvieron 3.2 veces riesgo de no ser adherentes comparados con los que si tenían participación de algún familiar.

Un estudio realizado en lima (33), encontró que las patologías que involucran el aspecto psicológico mostraron un papel crucial aumentando no adherencia

terapéutica, sin embargo, en nuestro estudio el nivel de depresión y estado emocional no tuvieron relación significativa al asociarla con la adherencia terapéutica.

5. CONCLUSION

Se encontraron como factores favorables para la adherencia al tratamiento farmacológico en PVIH en un hospital de Piura durante el periodo 2018-2020: El grupo de edad entre los 40 a 59 años, el estado civil casado y el no tener más de una pareja sexual.

Por otro lado, se encontró como factores asociados con la adherencia al tratamiento el factor sociodemográfico de estado civil conviviente; dentro de los factores no farmacológicos se encontraron asociados a la adherencia el no cumplir con las indicaciones médicas y el no tolerar los efectos adversos de los medicamentos; por ultimo en cuanto a los factores farmacológicos se encontró que el no acudir a realizarse sus exámenes controles, el no cumplir con las citas programadas, el consumir alcohol, el no usar preservativo durante sus relaciones sexuales, el consumir drogas, el no participar de redes de apoyo, el no tener la participación de amigos o compañeros de trabajos y el no tener participación familiar se asociaron a la no adherencia al tratamiento farmacológico en PVIH en un hospital de Piura durante el periodo 2018-2022:

Los factores que no estuvieron relacionados con la adherencia fueron los factores sociodemográficos como el sexo, procedencia, genero, grado de instrucción y ocupación; dentro de los factores no farmacológicos se encontró el estado de depresión y el nivel de conocimiento sobre el VIH, estos factores no mostraron estar asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en PVIH en un hospital de Piura durante el periodo 2018-2020.

6. RECOMENDACIONES

- Se debe aumentar la vigilancia en los PVIH con factores asociados debido a que son candidatos a abandonar el tratamiento.
- Las variables estudiadas deben explorarse, como parte del cuestionario rutinario inicial en la consulta médica que se aplica a todo paciente.
- Se debe incluir citas con el área de psicológica de forma periódica debido a la escasas de participación interpersonal en los PVIH.
- Se debería promover la participación de redes de apoyo para fomentar la adherencia al tratamiento

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Granich R, Gupta S, Hersh B, Williams B, Montaner J, Young B, et al. Trends in AIDS Deaths, New Infections and ART Coverage in the Top 30 Countries with the Highest AIDS Mortality Burden; 1990–2013. PLoS One [Internet]. 6 de julio de 2015 [citado 22 de marzo de 2021];10(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4493077/>
2. OPS/OMS Perú. VIH/SIDA [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 22 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4070:vih-sida&Itemid=0

3. UNAIDS. 2020 Global AIDS Update — Seizing the moment — Tackling entrenched inequalities to end epidemics. 2020;384.
4. Wang H, Wolock TM, Carter A, et al. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980-2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV*. agosto de 2016;3(8):e361-87.
5. ONUSIDA. ESTADÍSTICAS MUNDIALES SOBRE EL VIH [Internet]. [citado 22 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es>
6. Ronoh M, Chirove F, Wairimu J, Ogana W. Evidence-based modeling of combination control on Kenyan youth HIV/AIDS dynamics. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242491.
7. Arrivillaga M. Determinación social de la adherencia terapéutica. Alternativa conceptual y metodológica aplicada al caso de mujeres viviendo con VIH/SIDA. Bogotá: National Graphics. 2010;
8. Varela Arevalo MT, Hoyos Hernandez PA. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev salud pública*. 7 de diciembre de 2015;17(4):528-40.
9. Enríquez Canto Y, Díaz Gervasi GM, Menacho Alvirio LA. Impacto del Programa TARGA en la disminución de casos de sida en el sistema de salud peruano, 1983-2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 16 de abril de 2020;44:1.
10. The INSIGHT START Study Group. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med*. 27 de agosto de 2015;373(9):795-807.
11. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*. junio de 2019;393(10189):2428-38.
12. ONUSIDA. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida; 2014 [citado el 1 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf
13. UNAIDS. Ambitious treatment targets: writing the final chapter of the AIDS epidemic. Geneva 2014.
14. Castillo-Mancilla JR, Haberer JE. Adherence Measurements in HIV: New Advancements in Pharmacologic Methods and Real-Time Monitoring. *Curr HIV/AIDS Rep*. febrero de 2018;15(1):49-59.
15. Altice F, Evuarherhe O, Shina S, Carter G, Beaubrun AC. Adherence to HIV treatment regimens: systematic literature review and meta-analysis. *PPA*. abril de 2019;Volume 13:475-90.

16. Detsis M, Tsioutis C, Karageorgos SA, Sideroglou T, Hatzakis A, Mylonakis E. Factors Associated with HIV Testing and HIV Treatment Adherence: A Systematic Review. CPD [Internet]. 12 de julio de 2017 [citado 2 de abril de 2021];23(18). Disponible en: <http://www.eurekaselect.com/151188/article>
17. Republic of Uganda. Consolidated guidelines for prevention and treatment of HIV in Uganda. Kampala, Uganda: Ministry of Health. 2018.
18. Ali B, Nisar N, Nawab F. Adherence to antiretroviral therapy in HIV-positive, male intravenous drug users in Pakistan. *East Mediterr Health J*. 10 de junio de 2018;24(3):237-42.
19. Ferro EG, Weikum D, Vagenas P, Copenhaver MM, Gonzales P, Peinado J, et al. Alcohol use disorders negatively influence antiretroviral medication adherence among men who have sex with men in Peru. *AIDS Care*. 2015;27(1):93-104.
20. Varela MT, Salazar IC, Correa D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Rev Act Col Psic*. 2008;
21. Agostini M, Lupo S, Palazzi J, Marconi L, Masante, L. Dieta y ejercicio físico aeróbico sistematizado: tratamiento no-farmacológico de la lipodistrofia en pacientes VIH positivos bajo tratamiento antirretroviral de alta eficacia. *Rev. Méd. Rosario*. 2009;75:10-5.
22. Nixon S, O'Brien K, Glazier R, Tynan A. Intervenciones con ejercicios aeróbicos para adultos con VIH/sida. *Biblioteca Cochrane Plus*. 2008;2:1-39.
23. Zayas GM, Castanedo R, Domínguez Y, González DI, Herrera V, Herrera X, Pavón M., Díaz ME. Estado nutricional de las personas con VIH/sida asistidas por el Sistema de Atención Ambulatoria. *Rev Cub Aliment Nutr*. 2009;19(1):106-14.
24. Linnemayr S, Stecher C, Saya U, MacCarthy S, Wagner Z, Jennings L, et al. Behavioral Economics Incentives to Support HIV Treatment Adherence (BEST): Protocol for a randomized controlled trial in Uganda. *Trials*. 3 de enero de 2020;21(1):9.
25. Linnemayr S, Stecher C, Mukasa B. Behavioral economic incentives to improve adherence to antiretroviral medication. *AIDS*. 13 de marzo de 2017;31(5):719-26.
26. Dai L, Yu X, Shao Y, Wang Y, Li Z, Ye J, et al. Effect of a multi-dimensional case management model on anti-retroviral therapy-related outcomes among people living with human immunodeficiency virus in Beijing, China. *BMC Infect Dis*. 9 de julio de 2020;20(1):489.
27. King E, Kinvig K, Steif J, Qiu AQ, Maan EJ, Albert AY, et al. Mobile Text Messaging to Improve Medication Adherence and Viral Load in a Vulnerable Canadian Population Living With Human Immunodeficiency Virus: A

- Repeated Measures Study. *J Med Internet Res.* 1 de junio de 2017;19(6):e190.
28. Santos WMD, Primeira MR, Paiva LG de, Padoin SM de M. Economic and epidemiological evaluation of text message-based interventions in patients with the Human Immunodeficiency Virus. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020;28:e3365.
 29. Curioso WH, Kepka D, Cabello R, Segura P, Kurth AE. Understanding the facilitators and barriers of antiretroviral adherence in Peru: a qualitative study. *BMC Public Health.* 13 de enero de 2010;10:13.
 30. Costa J de M, Torres TS, Coelho LE, Luz PM. Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* enero de 2018;21(1).
 31. Piñeirúa A, Sierra-Madero J, Cahn P, Guevara Palmero RN, Martínez Buitrago E, Young B, et al. The HIV care continuum in Latin America: challenges and opportunities. *The Lancet Infectious Diseases.* julio de 2015;15(7):833-9.
 32. Leyva-Moral JM, Loayza-Enriquez BK, Palmieri PA, Guevara-Vasquez GM, Elias-Bravo UE, Edwards JE, et al. Adherence to antiretroviral therapy and the associated factors among people living with HIV/AIDS in Northern Peru: a cross-sectional study. *AIDS Research and Therapy.* 2019;16.
 33. Alvis Ó, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *Anales de la Facultad de Medicina.* diciembre de 2009;70(4):266-72.
 34. Ramos G, Martinez J. Factores relacionados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital San Juan de Lurigancho, 2019. Tesis aprfa alcanzar grado de Licenciatura en enfermería. Universidad María Auxiliadora. Lima. Perú. 2019.
 35. Kelsey JL, Thompson WD, Evans AS. *Methods in observational epidemiology.* Nueva York: Oxford University Press, 1986. Tablas 12 - 15
 36. Segura-Cardona Á, Berbesí-Fernández D, Cardona-Arango D, Ordóñez-Molina J. Construcción preliminar de un cuestionario sobre conocimientos en VIH/SIDA en excombatientes de Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet].* 2011 [citado el 13 de abril de 2022];28(3):503–7.
 37. Plascencia de la Torre JC, Chan Gamboa EC, Salcedo Alfar JM. Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA. *CES Psicol [Internet].* 2019;12(3):67–79.
 38. Barrera-Espinoza R.W, Gómez-Gonzales W. E, Girón-Vargas A., AranaEscobar M, Nieva-Villegas L.M., Gamarra-Bustillos C. et al. Factores

asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. Horiz. Med. [Internet]. 2021 Oct [citado 2022 junio 10]; 21(4): e1498.

39. Bastán JEP, Castaño LFV. Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/sida. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2020 [citado el 10 de junio de 2022];72(2). Disponible en:
<http://www.revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/499/388>
40. Sánchez Peña S, Pastor Bravo M del M, Cánovas Tomás MÁ, Almansa-Martínez P, Peñalver Guillen C, Jiménez-Ruiz I. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. Enferm globo [Internet]. 2021 [citado el 10 de junio de 2022];20(2):1–34. ²
41. Adrawa N, Alege JB, Izudi J. El consumo de alcohol aumenta la falta de adherencia al TAR entre las personas que viven con el VIH inscritas en el modelo de atención basado en la comunidad en las zonas rurales del norte de Uganda. PLoS Uno [Internet]. 2020 [citado el 10 de junio de 2022];15(11):e0242801. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0242801>
42. Davis A, McCrimmon T, Dasgupta A, Gilbert L, Terlikbayeva A, Hunt T, et al. Factores individuales, sociales y estructurales que afectan la adherencia a la terapia antirretroviral entre las personas seropositivas que se inyectan drogas en Kazajstán. Int J Política de Drogas. 2018; 62:43–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.08.0141>
43. Urizar CA, Jarolin-Montiel M, Ayala-Servin N, Centurión-Wenninger C, Montiel-Garcete D. FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH EN UN HOSPITAL DE PARAGUAY. Cienc médica [Internet]. 2020 [citado el 10 de junio de 2022];23(2):166–74.
44. Ortega Cerda JJ, Herrera DS, Adrián Ó, Miranda R, Manuel J, Legaspi O. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica [Internet]. Org.mx. [citado el 10 de junio de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf>
45. Varela Arévalo MT, Gómez Gutiérrez OL, Mueses Maríán HF, Galindo Quintero J, Tello Bolívar IC. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. Salud Uninorte [Internet]. 2013 [citado el 11 de junio de 2022];29(1):83–95.

8. **ANEXOS**

“ANEXO 1”

“SOLICITUD AL “DIRECTOR DEL HOSPITAL SANTA ROSA”

“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE TESIS 2018-2020.

MC. VICTOR LUIS SALAZAR TOLEDO

DIRECTOR EJECUTIVO DE INTERVENCIÓN SANITARIA INTEGRAL

De mi consideración

Yo, Jose Josue Ipanaque Calderón, identificado con DNI N° 73868717, estudiante de la Universidad Privada Antenor Orrego-Facultad de Medicina Humana ; Solicito a Usted, el permiso de esta institución educativa para realizar el siguiente proyecto de investigación “Factores Asociados A Adherencia Al Tratamiento Farmacológico y No farmacológico en pacientes con VIH en un hospital de Piura, 2018 - 2020”

Por lo expuesto:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Piura, 25 de abril del 2021

Atentamente



Jose Josue Ipanaque Calderón

DNI: 73868717

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....
después de haber recibido orientación acerca de la investigación realizada por el doctor: JOSE JOSUE IPANAQUE CALDERON; de la carrera de MEDICINA HUMANA, de la UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, acepto ser encuestado(a) con el propósito de contribuir a la realización del proyecto de investigación titulado: "FACTORES ASOCIADOS A ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO , DE PACIENTES CON VIH EN UN HOSPITAL DE PIURA 2018-2020". Entiendo que mi identidad se mantendrá en el anonimato y los datos que yo proporcione serán confidencialmente guardados y que no tendrán ninguna repercusión de mi persona, familia y que, si será posible saber los resultados del proyecto de investigación, doy el consentimiento de colaboración para que así conste por mi propia voluntad

.....
Usuario

.....
JOSE IPANAQUE CALDERON
DNI: 73809667

ANEXO 3

ADHERENCIA AL TARGA EN PACIENTES CON VIH

CUESTIONARIO ADHERENCIA SMAQ	SI	NO
1.-Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?		
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?		
3. Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal?		
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?		

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. Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomó la medicación?

Días _____

ANEXO 4
INSTRUMENTO

INSTRUCCIONES: Marque con un aspa (X) los espacios en blanco

INTRODUCCIÓN:

Estimado(a) Señor(a), soy el investigador, José Josué Ipanaque Calderón, de la Facultad de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego; estoy realizando un estudio con la finalidad de determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con VIH atendidos en el Hospital, a fin de obtener información veraz; para lo cual se le solicita responder con veracidad, agradeciendo anticipadamente su participación.

DATOS GENERALES:

1.-Edad:

a) 18 a 39 años

b) 40 a 59 años

c) 60 años a más

2.-Sexo:

a) Masculino

b) Femenino

3.-Procedencia:

a) Costa

b) Sierra

c) Selva

4.-Grado de Instrucción:

a) No he tenido educación

b) Primaria

c) Secundaria

d) Superior técnico

e) Superior universitario

5.-Estado Civil

a) Soltero

b) Casado

c) Divorciado

d) Viudo

e) Conviviente

6.- Ocupación:

a) Empleado

b) Desempleado

7.-Ingresos económicos en promedio en el último mes:

8.-Genero:

a) Heterosexuales

b) Homosexuales

c) Bisexual

d) Transexual

e) Pansexual

FACTORES ASOCIADOS A ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO FARMACOLÓGICO

Marque con una (x) dentro del recuadro

N°	CRITERIOS	SI	NO
1	Cumple con las indicaciones del tratamiento antirretroviral tenofovir, emtricitabina, efavirenz, lamivudina,		
2	Consume alcohol durante su permanencia en el programa		
3	Tiene más de una pareja sexual		
4	Usa preservativo en sus relaciones sexuales		
5	Cumple con sus citas programadas para control (presenciales y virtuales)		
6	Consume, aunque sea en una sola ocasión, drogas psicoactivas durante su permanencia en el programa.		
7	Acude a realizarse exámenes auxiliares solicitados en su programa: CARGA VIRAL y recuento de CD4.		
8	Participa de redes de apoyo que favorezca la adherencia y cumplimiento al tratamiento		
9	Usted participa de las relaciones familiares y por ende le acompañan a su tratamiento de TARGA		
10	Recibe ayuda de su compañero(a), o amigos cercanos a recibir su tratamiento antirretroviral		
11	Conserva sus metas, proyectos a corto y mediano plazo, sentido de esperanza enmarcado dentro de su realidad		
12	Siente la posibilidad de satisfacer necesidades básicas		
13	Presenta buena actitud ante las crisis sociales asociadas a su enfermedad o en general		
14	Considera que debe seguir adelante con el tratamiento para conservar su vida.		
15	Su estado de salud mental lo mantiene en condiciones de seguir con el tratamiento		
16	Usted percibe satisfactoriamente el tratamiento antiviral como medio de sobrevivencia		
17	Tiene disposición y motivación para tomar la terapia antirretroviral con decisión propia		

18	Su actitud frente a su enfermedad es de no sentirse que es un castigo, culpa, o autodestrucción		
19	Tolera los efectos secundarios que puede provocar el tratamiento antiviral		

CONOCIMIENTO SOBRE VIH- SIDA	SI	NO
FORMAS DE INFECCION: Usted		
21.-Tendria relaciones sexuales con personas infectadas sin utilizar condón?		
22.-Utilizaria jeringas o cuchillas que ya han sido utilizadas por personas infectadas?		
23.-Tendria contacto con sangre de otras personas a través de heridas?		
24.-Recibiria transfusiones de sangre de una persona infectada		
CREENCIAS ERRÓNEAS: Usted		
25.-Mantendria contacto con sudor o saliva de personas infectadas?		
26.-Utilizaria un sanitario o ducha que ha sido usado por una persona infectada?		
27.-Utilizaria cucharas, tenedores, platos o vasos que han sido usados por personas infectadas?		
28.-Los síntomas del VIH/SIDA aparecen a los pocos días de haber sido contagiado?		
PREVENCION DE VIH Y USO DE LA PRUEBA:		
29.-Realizarse una prueba de VIH puede evitar contagiar a otras personas?		
30.-Tener conocimientos sobre VIH/SIDA ayuda a prevenir su infección?		
31.-Existe una prueba que permite saber si una persona tiene VIH/SIDA?		
32.-Las personas con VIH/SIDA que reciben tratamiento pueden mejorar sus condiciones de salud y vivir durante más tiempo?		

TOTAL=1-6: NO ADECUADO / 7-12 ADECUADO:

ANEXO 5

N°	Que has experimentado, en forma casi diaria, durante el último mes	N	A	B	C	S
1	Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2	Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3	Temores: A la oscuridad a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico. a las multitudes.					
4	Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, temores nocturnos.					
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. mala o escasa memoria.					
6	Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos. Depresión, despertarse más temprano de lo esperado, Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular. Tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
8	Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y Calor, sensación de debilidad, Sensaciones de debilidad, Sensaciones parestesias (pinchazos, picazón u hormigueos)					
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.					
10	Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahoga, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria)					
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborigmos, heces blandas, pérdida de peso, constipación					
12	Síntomas genitourinarios:					

	Micciones frecuentes. micción urgente, amenorrea (falta del periodo menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración. vértigos, cefaleas dolor de cabeza) por tensión. erectismo piloso (piel de gallina).					
14	Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado. suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva. eructos, tics.					
	TOTAL:					

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	Estado normal
8-12	Depresión menor o leve
13-17	Depresión moderada
18-29	Depresión mayor
30-52	Depresión severa