

# INDICE

<b>CAPÍTULO I – El Problema de Investigación</b>	01
1.1. Fundamentación del Problema	01
1.2. Formulación del Problema	03
1.3. Objetivos	04
1.4. Justificación	05
<b>CAPÍTULO II – Revisión Bibliográfica</b>	06
2.1. Antecedentes	06
2.2. Marco Teórico	17
<b>CAPÍTULO III – Hipótesis, Variables y Definiciones Operacionales</b>	40
3.1. Hipótesis	40
3.2. Variables	40
3.3. Operacionalización de Variables	41
<b>CAPÍTULO IV – Metodología de la Investigación</b>	43
4.1. Diseño	43
4.2. Ámbito de Estudio	43
4.3. Población	43
4.4. Consideraciones Éticas	43
4.5. Instrumento de Recolección de Datos	44
4.6. Método para la Recolección de Datos	45
4.7. Método para Evaluar Resultados de Encuesta	45
4.8. Procedimiento de Análisis de Datos	46
<b>CAPÍTULO V – Resultados</b>	47
<b>CAPÍTULO VI – Discusión</b>	78
<b>CAPÍTULO VII – Conclusiones</b>	87
<b>CAPÍTULO VIII – Recomendaciones</b>	90
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	91
<b>ANEXO (Encuesta)</b>	99

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

En 1981, una de las principales causas de muerte en nuestro tiempo irrumpió en la escena mundial ocupando el 4to lugar a nivel mundial. La nueva enfermedad se denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Su causa, el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual se identificó en 1983. <sup>(1)</sup>

En Estados Unidos, se detectó el primer caso a nivel mundial, la enfermedad se ha propagado catastróficamente a todos los países, siendo en unos más prevalentes que en otros.

Para fines del 2007 esta enfermedad había cobrado la vida de más de 35,2 millones de personas y 33,2 millones viven actualmente con él. En el presente año, algo más de dos millones de enfermos han muerto a causa de esta enfermedad. Habiendo 3 hombres infectados por cada mujer con la enfermedad aproximadamente. <sup>(2)</sup>

A nivel mundial el continente más afectado es África Subsahariana, el cual registra dos tercios de los nuevos casos de SIDA actualmente. En otras regiones, como el sudeste asiático, los nuevos contagios crecieron un 20% en 2007 respecto a los de 2001. <sup>(3)</sup> En América Latina y el Caribe, en el 2006, casi 1,7 millones de personas vivían con VIH/SIDA dos tercios de las cuales habitan los cuatro países más grandes: Brasil, México, Colombia y Argentina.

Solo el año pasado se contagiaron con VIH aproximadamente 140.000 personas y unas 60.000 murieron a causa del SIDA <sup>(4)</sup>.

En el Perú, la epidemia del VIH/SIDA es de tipo Concentrada, es decir, que la prevalencia de la infección por VIH está en grupos con comportamiento de alto riesgo como en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), pacientes con infecciones de transmisión sexual (ITS). En la actualidad, existen 29,771 portadores de este mortal virus en el Perú. <sup>(5)</sup>

Según el MINSa, el Perú es el primer país en Sudamérica que tiene una estrategia multisectorial para luchar contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, que sirve de modelo para otros países.

El 2004, gracias al apoyo técnico financiero del Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, el Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, inició el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) que garantiza el acceso gratuito al tratamiento, lo que ha permitido que la cobertura se incremente a más del 70%. <sup>(6)</sup>

En el Departamento de Tacna, la prevalencia de casos de VIH se ha incrementado en los últimos 6 años, desde que apareció el 1er caso hasta la fecha se han registrado 389 casos y en el año 2012 se han notificado hasta el momento 25 casos de VIH.

Con la introducción del TARGA se ha reducido significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a la infección en una enfermedad terminal. Al respecto; en la actualidad, un total de 11,639 personas en todo el país reciben el TARGA que proporciona el Ministerio de Salud (MINSa).

La efectividad de las drogas Antirretrovirales (ARV) dependerá de la adherencia al tratamiento por parte del paciente; es por ello, que se ha convertido en el eje de todo el programa y esto se debe a que está demostrado que la adherencia juega un rol determinante en la supervivencia de los pacientes que inician tratamiento.

Por lo tanto es fundamental lograr identificar los factores que se encuentren asociados a esta, los cuales influyen positiva y negativamente. Por lo cual es muy importante contar con estudios que determinen cuales son estos factores, para así poder identificar los factores que influyen positivamente para poder tomar actitudes que refuercen estos factores y de igual manera identificar los factores que influyen negativamente para poder tomar medidas que ayuden a la corrección y/o mejoramiento mismos.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Por ello el problema formulado es:

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), en personas viviendo con VIH/SIDA en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, en el año 2012?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar los factores asociados a la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en personas viviendo con VIH/SIDA en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna, en el año 2012.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar la adherencia al TARGA en personas viviendo con VIH/SIDA en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.
- Identificar los factores Biológicos asociados a la adherencia al TARGA en personas viviendo con VIH/SIDA.
- Identificar los factores Socio Culturales asociados a la adherencia al TARGA en personas viviendo con VIH/SIDA.
- Conocer los factores Psicológicos asociados a la adherencia al TARGA en personas viviendo con VIH/SIDA.
- Identificar los factores Económicos que asociados a la adherencia al TARGA en personas viviendo con VIH/SIDA.
- Identificar los factores del Régimen Terapéutico asociados a la adherencia al TARGA en personas viviendo con VIH/SIDA.
- Identificar los factores relacionados al Equipo Asistencial asociados a la adherencia al TARGA en personas viviendo con VIH/SIDA.

#### 1.4. JUSTIFICACIÓN

La realización del presente proyecto de investigación se justifica por lo siguiente:

- La buena adherencia al TARGA es un factor decisivo para el éxito del tratamiento, y la no adherencia tiene importantes repercusiones tanto en la salud individual del paciente en tratamiento como en la salud pública.
- Por lo tanto es muy importante identificar los factores asociados a la adherencia al TARGA para de esta manera poder corregir los factores que influyen negativamente en él.
- La falta de adherencia es la primera causa de fracaso terapéutico relacionándose con mala respuesta al tratamiento y mayor mortalidad. Por estos motivos es muy importante que los pacientes sean conscientes de su enfermedad, entiendan claramente el objetivo del TARGA, participen activamente en la decisión de iniciarlo, se sientan capaces de cumplir con su tratamiento y comprendan la enorme importancia que tiene una toma continua y correcta de su medicación.
- La adherencia a los medicamentos antirretrovirales de las personas que viven con VIH/SIDA es esencial tanto para la efectividad clínica como para la salud pública, por lo cual la investigación en este ámbito ha aumentado durante los últimos años.

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

#### **2.1. ANTECEDENTES**

**“Factores Asociados a la no Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad Durante la Gestación, Periparto y Postparto en Mujeres VIH Positivas Atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima-Perú”**

Romina Tejada, Jorge Alarcón, Carlos Velásquez, César Gutiérrez, César Loarte, Joe Zunt, Silvia Montano.

Instituto Nacional Materno Perinatal, Revista Peruana de Epidemiología, Vol. 15, Núm. 2, Abril, 2011, Sociedad Peruana de Epidemiología, Lima, Perú, 2011.

Obejtivo: Determinar los factores asociados a la no adherencia a TARGA en gestantes VIH positivas. Se emplearon los datos de adherencia recogidos por el estudio NISDI Longitudinal Study in Latin American Countries (LILAC) sede Perú, de junio de 2008 a febrero de 2010, relacionados a información sociodemográfica, del embarazo, del VIH y adherencia en base al cuestionario del Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG) en mujeres VIH positivas durante la gestación, periparto y 6-12 semanas posparto. Definimos no adherencia como una pérdida de más del 5% de dosis en los últimos tres días. Se realizó análisis descriptivo y bivariado, con un nivel de significancia del 95%, se calcularon OR con sus IC al 95%. Se estudió 44 pacientes. La edad promedio fue de  $27.9 \pm 5.9$  años. Al enrolamiento el 86.4% tomaba TARGA, aunque al momento del parto todas recibieron TARGA, siendo el 27.3% como profilaxis para la transmisión vertical. El 61.4% se encontraba en su primer

esquema; el esquema más usado fue 2 Inhibidores nucleótidos de la transcriptasa reversa (NRTI) + 2 Inhibidores de proteasa (PI) (56.8%) seguido de 2 NRTI + 1 Inhibidor no nucleótido de la transcriptasa reversa (NNRTI) (34%), con una mediana de dos pastillas/día y por un tiempo promedio de  $12.5 \pm 16.6$  meses. Durante la gestación la no adherencia fue de 7.3%, valor que aumentó a 21.2% en el periparto y 11.8% en el postparto. Los factores asociados a la no adherencia fueron un menor tiempo recibiendo ARV, tomar más de dos pastillas al día y un mayor tiempo de diagnóstico de VIH. Además, durante el embarazo el 34.1% de gestantes refería haber perdido alguna vez dosis de ARV, 27.3% durante el periparto y 23.5% durante el postparto. Entre las razones más frecuentes para haber perdido dosis estaban “estar lejos de casa” y “cambio en la rutina” (70%). Entre las mujeres que no habían perdido dosis el 11.1% reportó tener problemas para la toma de TARGA durante el embarazo, 4.2% al periparto y 11.5% en el posparto. La no adherencia se incrementa de manera marcada en el periparto, por el cambio en la rutina que conlleva la cesárea; y en el posparto posiblemente por los cuidados del recién nacido. Es necesario realizar más estudios que consideren otros factores como los de orden psicológico.

### **“Factores Asociados a la no Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en Adultos Infectados con el VIH/SIDA”**

Óscar Alvis, Liz De Coll, Lourdes Chumbimune, Cristina Díaz, Judith Díaz.

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 2009.

Resumen: Introducción: La no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es la principal causa de fracaso terapéutico. Objetivos: Determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al TARGA en adultos infectados con el VIH-sida. Diseño: Estudio



transversal. Institución: Servicio de Infectología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Participantes: Pacientes infectados con el VIH que se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral. Intervenciones: A pacientes infectados con el VIH que se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral en el hospital, se aplicó un cuestionario estructurado, elaborado en función a instrumentos que evalúan la adherencia y factores asociados. Para determinar la asociación, se empleó las pruebas de chi cuadrado y t de student, se estableció un nivel de significación estadística  $p < 0,05$ , y para calcular el riesgo se utilizó el OR, con intervalos de confianza de 95%. Se realizó análisis de regresión logística. Principales medidas de resultados: No adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. Resultados: Se encuestó 465 personas; la edad promedio fue  $36,8 \pm 9,1$  años; 64,1% era varón. El 35,9% de los encuestados resultó ser no adherente. Los factores independientemente asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual (OR: 3,85, IC95% 1,98 a 7,51), tener una baja calidad de vida relacionada a la salud (OR: 6,22, IC95% 3,47 a 11,13), poco apoyo social (OR: 5,41, IC95% 3,17 a 9,22), no tener domicilio fijo (OR 3,34, IC95% 1,93 a 5,79), tener morbilidad psíquica (OR 2,93, IC95% 1,78 a 4,82) y tener mayor tiempo en tratamiento (OR 1,04, IC95% 1,02 a 1,07). Conclusiones: La prevalencia de no adherencia fue mayor a la reportada previamente en este mismo hospital, pero similar a la encontrada en diferentes estudios, pese a la heterogeneidad de los mismos. Los factores de tipo psicosocial fueron los que influyeron de forma más importante en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral.

## **“Factores Asociados a la Adherencia al TARGA, en Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima”**

Devora Isabel Alcántara Gutiérrez.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 2007.

Resumen: Se realiza el presente estudio titulado “Factores asociados a la Adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue”; el cual, tuvo como objetivo general: Determinar los factores asociados a la Adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, analítico, retrospectivo, transversal. La población estuvo conformada por los pacientes con VIH/SIDA que reciben TARGA en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. La muestra fue obtenida mediante el muestreo aleatorio simple Muestreo por proporciones; conformado por 91 pacientes. El instrumento que se utilizó fue una Encuesta denominada: “Encuesta para determinar la adherencia al TARGA. 2007”. La técnica fue la Entrevista. Dentro de los resultados, tenemos: Las variables, las personas que conocen de su enfermedad lo apoyan en alguna forma; Usted tiene confianza con el personal de salud que lo atendió; Usted cumple los cuidados a seguir en casa; actúan como factor de soporte, disminuyendo la probabilidad de que el paciente sea no Adherente al TARGA. Las variables, Usted fue marginado alguna vez a causa de su enfermedad; Si alguna vez se ha sentido triste o deprimido, ha dejado de tomar su medicación; Durante el tratamiento, usted dejó de tomar su medicación en alguna ocasión; Si su respuesta es SI, porque dejó de tomar el medicamento; Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta, actúan como factores de riesgo, aumentando la probabilidad de que el paciente sea no Adherente al TARGA.

**“Factores de la Adherencia de las Personas que Viven con VIH/SIDA que Reciben Esquema TARGA en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco”**

Carmen Maria Del Rosario Bejarano Flores, Gregorio Exzequiel Chanamé Carpio, Bernardo Dámaso Mata, Elsa Elvira Palacios Flores.

Hospital Regional Hermilio Valdizán Huánuco, Perú, 2006.

Resumen: En el Perú hasta diciembre del 2005 se registró 17,863 casos de SIDA y 24,018 infecciones por VIH, lo que hace un total de 41,881 casos identificados en los últimos 22 años desde que ingreso esta epidemia a nuestro país. En el departamento de Huánuco se han registrado 22 casos confirmados de VIH/SIDA procedente de los distritos de Amarilis, Huánuco, José Crespo Castillo, Pilcomarca, Rupa Pupa y Yuyapichis, áreas de difícil acceso al Hospital Regional Hermilio Valdizán para su incorporación al Programa TARGA. El estudio se realizó con el Objetivo de Identificar los factores que determinan la Adherencia al TARGA en los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral del Hospital Hermilio Valdizán Medrano de la Ciudad de Huánuco. Material y Métodos: Estudio transversal de seguimiento, se trabajó con personas que viven con VIH SIDA de la Región Huánuco (Huánuco, Tingo María, Aucayacu). Se aplicó un cuestionario estructurado, evaluación médica periódica, evaluación psicológica seguimiento mensual. Resultados: La edad promedio fue de 33,7 +/- 6,1 años; con una mediana de 32 años, no hay diferencias en el género, el 90,0% de casos tienen algún grado de instrucción a diferencia del 10,0% que son analfabetos. Son trabajadores independientes. Se alcanzó el 95,3% de prevalencia en la adherencia. El tiempo en saber su diagnóstico fue corto entre 1 a 4 años, conocen su vía de contagio 100 % fue sexual. Tuvieron apoyo familiar en un 60,0%. El entorno social desconoce su enfermedad (60,0%). Su relación con pareja se rompió luego de saber el diagnóstico (8,3%). El 60,0% mantienen relaciones sexuales como parte de su etapa de vida. El 90,0% no

acude a un grupo de ayuda, esperan atención del personal de salud. No fuman (90,0%) y no beben (70,0%). Su diagnóstico compartió con sus padres en un 80,0% y con su pareja 60,0%. El 100% de casos en estudio conocen a cerca de su enfermedad. Conclusiones. La prevalencia a la adherencia fue de 95,3%, los factores estudiados determinan una influencia importante para el logro de la adherencia.

**“Características Sociodemográficas y Determinantes de Adhesión Terapéutica Antirretroviral en Pacientes con VIH/SIDA en dos Instituciones de Bogotá”**

Gloria Sepúlveda Carrillo, Álvaro Mauricio Zúñiga, Gina Alejandra Amaya, Wendy Lorena Arévalo, Javier Arias, Paola Andrea Carrillo, Julie Andrea Pérez, Sollangy Ivonne Sánchez.

Hospital Simón Bolívar, Clínica San Diego Bogotá, Colombia, 2008.

Resumen: La adhesión al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), es considerada uno de los principales aspectos para la efectividad del tratamiento en la personas con VIH/Sida. Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos con el objetivo de determinar la frecuencia de adhesión al tratamiento antirretroviral, las características socio-demográficas y los determinantes de adhesión terapéutica antirretroviral en un grupo de 103 personas con diagnóstico de VIH/Sida, que asistieron a un servicio de consulta externa de dos hospitales de Bogotá, en los meses de enero a marzo de 2008. Se encontró que la frecuencia de adherencia al tratamiento antirretroviral fue de 50%, en la población estudiada. Los hombres presentan una mayor adherencia que las mujeres al igual que los participantes de edades entre 26 y 35 años.

**“Adherencia al Tratamiento en la Infección por VIH/SIDA. Consideraciones Teóricas Y Metodológicas para su Abordaje”**

María Teresa Varela Arévalo, Isabel Cristina Salazar Torres, Diego Correa Sánchez.

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia, 2008.

Resumen: La adherencia al tratamiento constituye actualmente una de las principales preocupaciones en relación al control del VIH/SIDA, asociándose fuertemente al éxito o fracaso terapéutico. Este estudio de revisión muestra cómo la adherencia al tratamiento ha sido tradicionalmente considerada como la toma de medicamentos antirretrovirales y la asistencia a las citas médicas; aspectos que no reflejan la complejidad del tema. La evidencia sobre la relación entre la adherencia al tratamiento y diversos factores que podrían ser facilitadores u obstáculos, es amplia pero en ocasiones poco concluyente. A partir de esta revisión se plantea una concepción integral del comportamiento de adherencia para el control de la infección por VIH/SIDA, considerando varias competencias simples o complejas necesarias para cumplir con el régimen terapéutico. Por otro lado, con el objetivo de proponer nuevos lineamientos de evaluación de la adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA y de los factores asociados que permitan diseñar intervenciones más eficaces, se identifican los factores asociados a la adherencia con mayor apoyo empírico relacionados con el paciente, con el sistema de salud, con la enfermedad y el tratamiento, como los sociales-interpersonales y los culturales.

## **“La Adherencia a los Antirretrovirales de las Personas que Viven con el VIH/SIDA en Bolivia”**

Dr. Andrés Vargas, Dr. Walter Flores, Dr. Edgar Valdez C, Dra. Verónica Caballero.

Revista Médica, Vol. 18, Número 28, Cochabamba, Bolivia, Agosto, 2007.

Resumen: Los antirretrovirales (ARVs) constituyen una esperanza de vida para millones de personas que viven con el VIH/SIDA (Pvvs). En Bolivia, desde que se inició la epidemia en 1984 hasta febrero del 2004, las personas que viven con el VIH/SIDA no contaron con programas de apoyo por parte del Estado para el tratamiento antirretroviral. En diciembre del 2003, gracias al Programa de Cooperación Internacional con países en desarrollo -PCI, el Estado boliviano recibió de donación 400 tratamientos de triterapia del gobierno del Brasil. Para las organizaciones que trabajan por el acceso a los medicamentos ARVs, el Estado boliviano y la cooperación del Brasil, significa realizar un esfuerzo importante para que las personas que viven con el VIH/SIDA lo utilicen de manera correcta. Se encuestaron 34 Pvvs que asistieron al 3er Foro Nacional y que estaban en tratamiento con ARVs. El 24% son de sexo femenino y el 76% masculino. El 43% de las Pvvs encuestadas inició el tratamiento hace menos de un año y el 39% hace dos años. El 85% presentó algún efecto secundario, sobre todo al inicio del tratamiento. La encuesta reveló que el 32% de las Pvvs no cumplen con la toma de medicamentos (en la semana olvido entre 1 a 5 tomas) y este porcentaje asciende al 50% en un mes. Aunque hubo grandes avances en el tratamiento del VIH en los últimos años, es necesario mejorar la adherencia en las personas que viven con VIH/SIDA. Se requiere mejorar el apoyo del médico, del personal de salud, de amigos y familiares. El tratamiento ARV en Bolivia, está teniendo baja eficacia terapéutica debido a factores que dificultan la adherencia, estamos a tiempo de corregirlos para evitar la resistencia viral que en otros países están disminuyendo la eficacia terapéutica.

## **“Factores Asociados con la no Adherencia a la Terapia Antirretroviral en Personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”**

Gina Morales, Miguel Aragón, Bredy Lara.

Secretaría de Salud, Tegucigalpa. Honduras Universidad del Valle de Guatemala. Guatemala, 2009.

Resumen. Objetivo: Determinar los factores que se asocian a la no adherencia a la terapia antirretroviral (TARV) en personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Pacientes y Métodos: Estudio de casos y controles con 162 sujetos (54 pacientes VIH positivos sin adherencia a la TARV y 108 con adherencia a la TARV) atendidos en el Centro de Atención Integral del Hospital Escuela de Tegucigalpa, de enero a junio del 2006. Resultados: la presencia de efectos secundarios a la medicación antirretroviral fue el único factor asociado a la no adherencia al tratamiento en 33% de los casos (OR=15; IC95%:1.8-120.8; p= 0,003). No se encontró asociación alguna con aspectos demográficos, socioeconómicos, clínicos o adicciones. Conclusión: los efectos adversos de la terapia antirretroviral ocurrieron en un tercio de los casos, y se asociaron con no adherencia al tratamiento en los pacientes con SIDA evaluados, como ya lo reporta la literatura médica. Se recomienda que el personal de salud eduque sobre los efectos secundarios de este tipo de terapia a fin de tener mayor adherencia al tratamiento por los pacientes.

**“Factores que Intervienen en la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad” (TARGA), en Pacientes Pediátricos con VIH/SIDA”**

Dra. Ana Patricia Vélez Möller.

Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas Guatemala, 2008.

Resumen. Objetivo: Determinar los factores que intervienen en la adherencia a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en pacientes pediátricos con VIH/SIDA que asistieron a la consulta externa de la “Clínica de infecciosas pediátrica” del Hospital Roosevelt durante los meses de junio a julio de 2008. Diseño metodológico: Estudio analítico transversal sobre adherencia a la TARGA por el método indirecto del recuento de medicamentos sobrante, se tomó como adherente a los pacientes que tomaron  $\geq 95\%$  de la TARGA y no adherentes a los pacientes que tomaron  $< 95\%$ ; además se entrevistaron a 67 cuidadores por medio de un instrumento de recolección de datos para determinar si existe asociación entre la adherencia a la TARGA y las características del paciente, cuidador, tratamiento; así mismo se identificó las razones más frecuentes de no adherencia a través de un cuestionario estandarizado de adherencia pediátrico modificado. Resultados: Se determinó adherencia a la TARGA en 62 pacientes (92.5%), y no adherencia en 5 pacientes (7.5%). El perfil de un paciente adherente a la TARGA se reportó cuando el paciente fue menor de 7 años, no presentó infecciones oportunistas, tratamientos adicionales, ni régimen complicado y su cuidador era no familiar (padres adoptivos), de etnia no indígena, con ingresos mayores a la canasta básica y provenían del departamento de Guatemala. En los pacientes no adherentes las dificultades para la administración de medicamentos consideradas como razones de no adherencia a la TARGA, que refirieron los cuidadores fueron: Se acabó la medicina, tuve un cambio en mi rutina, estaba enfermo, estaba lejos de casa, uso de copita medidora con



mal medida, y que el tratamiento fue explicado al padre y fue la madre la que lo administró. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la adherencia al tratamiento y las características del paciente, cuidador, y del tratamiento. Conclusiones: El 92.5% de pacientes fueron adherentes al tratamiento; dicho porcentaje es alto, y puede constituir el resultado del trabajo del equipo multidisciplinario de dicha clínica. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la adherencia a la TARGA y las características del paciente, del cuidador y del tratamiento.

### **“Factores Relacionados con el Tratamiento Antirretroviral y su Influencia en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Personas Infectadas por VIH”**

Laisa Socorro Briongos-Figuero, Pablo Bachiller-Luque, Teresa Palacios-Martín, Daniel Antonio de Luis-Román, José María Eiros-Bouza.

Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid, España, 2011.

Resumen. Objetivo: El acceso al tratamiento antirretroviral (TARV) retrasa la progresión clínica del VIH y aumenta la supervivencia, mejorando la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El objetivo de nuestra investigación fue describir los factores asociados al TARV y su influencia en la CVRS en personas infectadas por VIH. Material y método: Se diseñó un estudio transversal en 150 pacientes con VIH de un hospital de tercer ~ nivel, recogiendo datos relativos al TARV. La adherencia se valoró con el cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire). Los datos de CVRS se obtuvieron con el cuestionario MOS-HIV (Medical Outcomes Study HIV Health Survey). Resultados: El 84% de nuestros pacientes estaban en TARV. La mitad de las pautas se basaban en inhibidores de la proteasa (IP), siendo LPV/r el fármaco de este grupo más empleado. En

el 89,7% el régimen era el segundo o sucesivo, y la combinación basada en no análogos la más empleada en el tratamiento de primera línea. La lipodistrofia fue el efecto secundario más referido (61,1%). El 94,5% adaptaba bien el TARV a su vida diaria, siendo adherentes el 64,3%, según el cuestionario SMAQ. En cuanto a la CVRS, los pacientes con IP obtuvieron peores puntuaciones en 4 de las 11 dimensiones del cuestionario MOSHIV. Los pacientes que dijeron adaptar bien el TARV presentaron mejores puntuaciones en 4 de las 11 dimensiones y en la valoración global del MOS-HIV. Conclusiones: La prevalencia de pacientes en TARV en nuestra serie fue alta, habiéndose documentado relación negativa entre la toma de IP y CVRS, y positiva entre adaptación subjetiva del TARV y CVRS.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1. INFECCIÓN POR VIH/SIDA**

#### **2.2.1.1. Introducción:**

La enfermedad actualmente conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), fue reportada por primera vez hace 26 años atrás en la publicación *Morbidity and Mortality Weekly Report* bajo el título “*Pneumocystis Pneumonia – Los Angeles*”.

Ni siquiera el lector más pesimista hubiera podido anticipar la escala y magnitud que la epidemia asumió dos décadas después; millones de personas han muerto por causa de la enfermedad, a lo que se suman las nuevas infecciones que ocurren diariamente en todas las regiones del planeta.<sup>(7)</sup>

Cada día, más de 6.800 personas se infectan con el VIH y más de 5700 personas mueren de SIDA, sobre todo debido a la falta de acceso a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. La pandemia del VIH sigue siendo la más grave de las enfermedades infecciosas y un enorme desafío para la salud pública. <sup>(8)</sup>

#### 2.2.1.2. Que es el VIH:

VIH es la sigla correspondiente a “virus de la inmunodeficiencia humana”. Es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia".

Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades. Las personas inmunodeficientes son más vulnerables a diversas infecciones, la mayoría de las cuales es poco común entre personas sin inmunodeficiencia.

Las infecciones asociadas con la inmunodeficiencia grave se conocen como "infecciones oportunistas", ya que aprovechan la debilidad del sistema inmunitario. <sup>(9)</sup>

#### 2.2.1.3. Que es el SIDA:

Sida es un término que corresponde a “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH. <sup>(9)</sup>

#### 2.2.1.4. Panorama Mundial del VIH:

El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes, ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en el mundo y ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados. <sup>(10)</sup>

La epidemia del VIH ha trascendido a todos los países del mundo y es el continente africano el que alberga, en forma dramática, el mayor número de casos, seguido de Asia meridional y sudoriental, y en tercer lugar se encuentra América Latina.

Se estima que, en todo el mundo, 33 millones de personas vivían con el VIH en el año 2007. El número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 3,0 millones en el 2001 a 2,7 millones en el año 2007. En total, 2,0 millones de personas fallecieron a causa del sida en el 2007; mientras que las estimaciones para el 2001 fueron de 1,7 millones.

Mientras que el porcentaje de personas que viven con el VIH se ha estabilizado a partir del 2000, el número total de personas que viven con el VIH ha ido aumentando de manera uniforme debido a las nuevas infecciones que ocurren cada año, a los tratamientos que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones aún superan en número a los fallecimientos provocados por el sida. <sup>(10)</sup>

#### 2.2.1.5. El VIH en el Perú:

El perfil de la epidemia en nuestro país se mantiene desde hace varios años como concentrada, por presentar una prevalencia por encima del 5,0 por ciento en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). Cabe destacar, sin embargo, que la categoría HSH es muy amplia, no tiene un universo demográfico delimitado y además no denota la diversidad y la especificidad de las subpoblaciones incluidas en su interior. <sup>(11)</sup>

Los estudios de vigilancia centinela en nuestro país se han centrado en gestantes y en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), en especial trabajadores sexuales, siendo estos últimos poco representativos de la población masculina general. <sup>(12)</sup>

Hay otras evidencias que señalan que las mujeres monógamas vienen siendo afectadas por las ITS y el VIH <sup>(13)</sup>, en tanto sus parejas masculinas llevan una conducta bisexual, aunque sin ser públicamente asumida <sup>(14)</sup>. Por ejemplo, Jonson y Alarcón (2003) encontraron que, si bien pocas mujeres viviendo con VIH presentan comportamiento de riesgo frente al VIH, el

riesgo de infección por VIH en mujeres embarazadas depende en gran medida de los comportamientos de riesgo de sus parejas masculinas (que incluyen relaciones sexuales con trabajadoras sexuales y con hombres) <sup>(15)</sup>.

Esto significa que, independientemente de las magnitudes, las vulnerabilidades particulares de las mujeres frente al VIH, como son por ejemplo las inequidades de género que persisten en nuestro país, la violencia, el menor acceso a la educación y a las oportunidades económicas y laborales, entre otras, limitan sus posibilidades de negociar prácticas sexuales seguras con sus parejas para evitar ser infectadas con el VIH.

Al año 2008, se estimaba 76,000 casos de VIH en el Perú <sup>(10)</sup>. La principal vía de transmisión continúa siendo la sexual con 97,0 por ciento de los casos, seguida de la transmisión vertical de madre a hijo con 2,0 por ciento y en tercer lugar, la transmisión sanguínea con el 1,0 por ciento de los casos. A abril del 2010, es decir, a 27 años de la aparición del primer caso de sida en el Perú, el Ministerio de Salud ha registrado 38 mil 867 casos de VIH y 25 mil 666 de sida <sup>(16)</sup>.

El número de casos por periodo reportados de VIH y SIDA fue el siguiente, según período; En el período 1983-1990 el número de casos registrados fue 499 de VIH y 1 mil 114 de sida; en el período 1991-2000 el número asciende a 10 mil 406 casos de VIH y 10 mil 802 de sida. En el último período 2001-2009, los valores fueron 27 mil 288 en VIH y 13 mil 567 en sida. Al mes de abril del 2010, el número de casos reportados fue 674 casos de VIH y 183 de sida <sup>(17)</sup>.

En el período 1983-2009, la mayor incidencia de VIH y sida fue en el departamento de Lima (20 mil 860 casos de VIH y 16 mil 678 de sida), seguido por la Provincia Constitucional del Callao con 2 mil 796 y 1 mil 791 casos, respectivamente y Loreto con 2 mil 269 casos de VIH y 815 de SIDA.

#### 2.2.1.6. Etiología:

El virus de la inmunodeficiencia humana pertenece a la familia de los retrovirus, dentro de la subfamilia de los lentivirus. Mide de 80 nm – 130 nm, contiene un núcleo o core que encierra el material genético y las enzimas necesarias para su replicación. Este virus es de estructura esférica y posee proyecciones exteriores en forma de hongo; tiene la propiedad de poseer un periodo de incubación prologando antes de la enfermedad, infectan las células de la sangre, sistema nervioso y suprime el sistema inmunitario.

Otra característica que distingue a los retrovirus es la necesidad de transformar su información genética, que está en forma de ARN en ADN (proceso de transcripción inversa) mediante una enzima que posee, conocida como transcriptasa inversa.

#### 2.2.1.7. Estadios de la Enfermedad:

##### Estadio I (Fase de Infección Aguda):

Comprende desde el ingreso del virus al organismo hasta cuando el sujeto infectado comienza a producir anticuerpo contra el virus (usualmente entre 6 a 10 semanas). Al final de esto, el individuo se ha seroconvertido; es decir, que el

individuo está infectado con el VIH y por lo tanto lo puede transmitir a otras personas, Esta fase puede ser asintomática, o presentarse con una serie de síntomas pseudogripales como: fiebre, cefalea, eritema, linfadenopatias y sensación de malestar; los cuales desaparecen al cabo de una o dos semanas. En esta fase, el virus (VIH) se multiplica a gran velocidad sufriendo diversas mutaciones genéticas. En un primer momento se produce un descenso de la cifra de linfocitos TCD4; pero al poco tiempo, alcanzan unas cifras normales en respuesta a una activación del sistema Inmunológico siendo los individuos altamente contagiosos durante esta fase. <sup>(18)</sup>

Estadio II (Fase Asintomática):

Es un periodo en el que el individuo luce sano, no tiene manifestaciones clínicas (síntomas). Puede durar diez años a más.

Durante este periodo, el virus continua replicándose causando destrucción progresiva del Sistema inmunológico. El recuento de linfocitos TCD4 suele ser normal. En esta fase, las personas sufren una disminución del 20% de su peso corporal, manifestaciones cutáneas menores e infección en las vías aéreas superiores. <sup>(18)</sup>

Estadio III (Fase Linfadenopática o Sintomática leve):

En este periodo, el individuo infectado empieza a tener manifestación relacionada a un deterioro de la inmunidad. Característicamente se describe el crecimiento de ganglios linfáticos en diferentes regiones del cuerpo. También se observa mayor frecuencia de episodios de Herpes Zoster,



Candidiasis Oral o Vaginal, episodio de fiebre o diarrea (Síntomas constitucionales). En base a estudios extranjeros, se conoce que el curso natural de la infección hasta este punto puede tomar entre 8 y 10 años en promedio. <sup>(18)</sup>

#### Estadio IV (SIDA):

En este momento ya hay una caída significativa de los linfocitos TCD4 (<200 cel/mm<sup>3</sup>) y el virus se reproduce muy activamente. El sujeto comienza a presentar una serie de problemas relacionados a la infección por el VIH mismo y a la presencia de otras múltiples infecciones que atacan en vista de deterioro de la inmunidad (infecciones oportunistas o algunas variedades de cáncer que en condiciones normales no se producirían). Durante esta fase, se produce el Síndrome Caquético de VIH, Neumonía por *Pneumocystis Carinii*, Toxoplasmosis Cerebral, Criptosporidiasis, con diarreas mayores de 1 mes, TBC extra pulmonares, Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones, Encefalopatías por VIH, Linfoma de Sarcoma de Kaposi. <sup>(18)</sup>

#### 2.2.1.8. Vías de Transmisión de VIH:

Cuatro fluidos, la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna de las personas infectadas tienen una concentración suficiente de virus como para transmitirlo. Ello significa que el VIH puede transmitirse por tres vías: sexual, sanguínea y de madre a hijo/a.

Además, para que se produzca la infección es necesario que el VIH penetre en el organismo y entre en contacto con la sangre o mucosas (revestimiento del interior de la boca, vagina, pene y recto) de la persona. <sup>(19)</sup>

Vía Sexual: en las relaciones sexuales con penetración (anal, vaginal u oral) sin preservativo. La penetración anal es la práctica de mayor riesgo, seguida de la vaginal. Cuando una persona presenta otras infecciones de transmisión sexual (ITS) el riesgo de infección por VIH aumenta. Las relaciones sexuales orales tienen mucho menor riesgo, especialmente sin eyaculación. <sup>(19)</sup>

Vía Sanguínea: al compartir jeringas, agujas, otro material de inyección o cualquier instrumento cortante que haya estado en contacto con sangre infectada. El intercambio de instrumentos punzantes y cortantes no esterilizados para perforaciones en la piel como los utilizados para tatuajes, "piercing", acupuntura, perforación de orejas, etc. supone también un riesgo. <sup>(19)</sup>

Vía Madre/Hijo: cuando la mujer es seropositiva, la transmisión del v puede tener lugar durante el embarazo, el parto o la lactancia. <sup>(19)</sup>

#### 2.2.1.9. Diagnóstico:

La única forma de saber si una persona tiene o no el virus es analizando su sangre. Las pruebas de descarte o despistaje más utilizadas son las de ELISA y las pruebas rápidas, ambas por tener una alta sensibilidad y especificidad.

Es importante resaltar que el resultado obtenido con estas pruebas no es concluyente, debiendo realizar una segunda prueba más específica y confirmatoria, llamada prueba del WESTERN BLOT o la de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI). Estas pruebas detectan la producción de anticuerpos producidos contra las proteínas que envuelven al virus.

Existe la posibilidad de que las pruebas den resultado negativos, a pesar que la persona tiene la infección y ello se presenta en el periodo ventana o cuando el nivel de defensas de la persona infectada es muy bajo, ya que no existe suficientes anticuerpos para que sean detectados por las pruebas. <sup>(20)</sup>

Estas pruebas de tamizaje, permiten hacer un diagnóstico preliminar y son de utilidad como prueba de descarte de VIH en los bancos de sangre (transfusiones), entre las pruebas de tamizaje tenemos:

- Ensayo de Inmunoabsorcencia Enzimática (ELISA): Su ejecución dura entre 6 a 12 horas, y brinda un resultado Reactivo (POSITIVO) o No Reactivo (NEGATIVO). En el caso de ser Reactivo necesariamente tiene que repetirse y, luego, ser confirmado.
- Pruebas Rápidas: De fácil ejecución y se puede obtener el resultado en el término de 10 a 15 minutos. Si se tuviera un resultado reactivo, se produce a realizar la prueba de ELISA, y se persiste el resultado, se realizará la prueba confirmatoria.

- Pruebas de Confirmación: Permiten dar un diagnóstico definitivo aun cuando no exista un cuadro clínico evidente; entre ellas tenemos:

Western Blot: (WB) Detecta bandas específicas del virus. El diagnóstico puede ser Positivo (+) cuando cumple los criterios de positividad, adoptados por la técnica que se está usando (presencia de ciertas bandas), Negativo (-) cuando ninguna de las bandas presentan reacción, o indeterminado cuando no es positivo ni negativo. En este último caso, se volverá a repetir la prueba a los seis meses y si persiste el resultado Indeterminado después de tres meses (03) intentos, se considerará negativo y la no existencia de infección.

Inmunofluorescencia Indirecta (IFI): Requiere de equipos especializados y personal altamente entrenado. La ventaja es que su costo es menor. <sup>(20)</sup>

#### 2.2.1.10. Tratamiento Antirretroviral:

Dentro de los beneficios potenciales del inicio de una terapia Antirretroviral (TARV) están el control de la replicación, mutación viral y la disminución de la carga viral, prevención de la progresión de la inmunodeficiencia o la reconstitución del sistema inmune, el retraso en la progresión del SIDA y prolongación de la vida, disminución del riesgo de resistencia viral y la posible disminución en el riesgo de transmisión viral.

Los riesgos potenciales de inicio de la terapia Antirretroviral (TARV) son la reducción de la calidad de vida por efectos adversos de los fármacos, el desarrollo de resistencia temprana, limitación futura para seleccionar otros fármacos debido a la resistencia, desconocimiento de la toxicidad y efectividad a largo plazo de las drogas ARV.

Las drogas ARV se distribuyen en varias clases, de acuerdo al mecanismo de acción de las drogas. La Terapia Antirretroviral Altamente Efectiva generalmente debe incluir la combinación de 2 o más de estas clases.

- Inhibidores Nucleosidos de la Transcriptasa Reversa (INTR): La Transcriptasa Reversa es una enzima del VIH, que al ser inhibida por esta droga, no cumple su función y esto hace más lenta o impide la replicación del virus dentro de las células infectadas. En este grupo se incluyen: Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Estavudina (D4T), Didanosina (Ddi).
- Inhibidor Análogo Nucleótido de la Transcriptasa Reversa (IANTR): Tiene el mecanismo de acción similar a la clase anterior inhibiendo a la Transcriptasa Reversa. Que es otra enzima del virus. Hay una sola droga actualmente en esta clase, llamada Tenofovir (TNF).

- Inhibidor no Nucleosido de la Transcriptasa Reversa (INNTR): Inhiben a la Transcriptasa Reversa, pero con un mecanismo diferente, pertenecen a esta clase Nevirapina (NVP) y Efavirenz (EFV).
- Inhibidores de Proteasa (IP): Inhiben a la enzima Proteasa del virus impidiendo la producción de proteínas necesarias para la maduración y replicación del VIH. En esta clase se encuentran: Indinavir (IDV), Lopinavir (LPV), Ritonavir (RTV) y Nelfinavir (NFV).
- Inhibidores de la Fusión (IF): Las únicas drogas disponibles actualmente se llaman Enfuvirtide (T20) y Mraviroc (UK427) las cuales han sido estudiadas en pacientes que han fallado a esquemas previos, no como terapia de inicio.
- Inhibidores de la Integrasa (II): El grupo final de antirretrovirales consiste solamente en una droga, el Raltegravir (MK0518) que fue aprobado en los Estados Unidos a finales del 2007. Raltegravir inhibe una enzima denominada integrasa, que el VIH necesita para insertar su material genético en las células humanas. <sup>(21)</sup>

## 2.2.2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

### 2.2.2.1. Definición de Adherencia al Tratamiento:

Aunque no existe una definición única, universalmente aceptada de adherencia a los tratamientos médicos, existe consenso en incorporar en este concepto el compromiso activo y voluntario del paciente en su tratamiento.

En la publicación de la OMS del año 2004 “Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción” <sup>(22)</sup>, se amalgaman las definiciones de Haynes <sup>(23)</sup> y Rand <sup>(34)</sup> entendiendo como adherencia:

“El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.” Se trata de un constructo teórico amplio que no solo contempla la toma de medicamentos. Este documento hizo un fuerte hincapié en la necesidad de diferenciar la adherencia, del cumplimiento u observancia. Señalando que la principal diferencia es que la adherencia requiere la conformidad del paciente respecto de las recomendaciones del personal de salud y además, considerando a los pacientes como socios activos de los profesionales de la salud en su propia atención.

El documento de consenso del Grupo de Estudio del SIDA sobre el tratamiento antirretroviral del adulto de enero de 2010 <sup>(25), (26)</sup> define adherencia al tratamiento antirretroviral como la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral.

#### 2.2.2.2. Importancia de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

La buena adherencia al TARGA es un factor decisivo para el éxito del tratamiento y la no adherencia puede tener importantes implicancias en la salud pública.

Cuando comenzaron a utilizarse 3 drogas en el TARGA, muchos investigadores creyeron inicialmente que se erradicaría completamente el virus del huésped <sup>(27), (28)</sup>. Sin embargo, poco tiempo después se supo que persiste replicación viral en reservorios aun cuando las cargas virales son indetectables.

El control de la replicación viral depende de múltiples factores pero la adherencia incorrecta es la primera causa de fracaso terapéutico relacionándose con mala respuesta al tratamiento, peor reconstitución inmune y mayor riesgo de mortalidad <sup>(29), (30)</sup>. Por estos motivos, es muy importante que los pacientes sean conscientes de su enfermedad, entiendan claramente el objetivo del TARGA, participen activamente en la decisión de iniciarlo, se sientan capaces de cumplir con su tratamiento y comprendan la enorme importancia que tiene una toma continua y correcta de la medicación.



Las características virológicas del VIH determinan que cuando existen niveles sub-terapéuticos de TARGA el virus puede replicarse y desarrollar resistencia.

Los datos obtenidos durante los primeros tratamientos combinados, basados en IP sin potenciar constataron que la máxima eficacia requería una adherencia prácticamente perfecta, clásicamente >95%. Estudios recientes sugieren que con niveles menores se pueden alcanzar los objetivos terapéuticos en regímenes basados en INNTI o IP/r, especialmente en pacientes que consiguen viremias indetectables <sup>(31), (22)</sup>.

Debe destacarse que no sólo es importante el porcentaje de dosis omitidas sino también los patrones de adherencia subóptima. Las interrupciones de tratamiento (más de dos días sin tomar ningún fármaco) presentan mayor repercusión en la respuesta viral que la omisión ocasional de dosis <sup>(33)</sup>.

Existe evidencia que muestra que entre un 20% y un 50% de pacientes bajo TARGA presentan una adherencia inadecuada. Por ello, la falta de adherencia al TARGA debe ser contemplada por los prestadores de salud como un problema de ineficiencia, que impide alcanzar la efectividad clínica y que puede conseguirse con los recursos disponibles para tratar la infección por el VIH. La adherencia al tratamiento no es un objetivo en si misma, sino que lo que interesa es la eficacia terapéutica, medida por parámetros clínicos y biológicos.

Relacionada con estos parámetros debe preocupar también la prevención de la aparición de cepas virales resistentes a los fármacos.

Cabe mencionar que la relación entre adherencia y desarrollo de resistencias es más compleja que la idea establecida de que “la no adherencia aumenta el riesgo de resistencias”. Se han encontrado además diferencias en función de las familias de fármacos <sup>(34), (35)</sup>.

Virus fármaco-resistentes pueden transmitirse a otras personas durante actividades de alto riesgo, que luego puede limitar las opciones terapéuticas para otros <sup>(36), (37)</sup>.

Dado que la adherencia a los medicamentos antirretrovirales de las personas que viven con VIH es esencial tanto para la efectividad clínica como para la salud pública, la investigación en este ámbito ha aumentado durante los últimos años.

#### 2.2.2.3. Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

La evaluación correcta de la adherencia es necesaria para planificar tratamientos efectivos y eficientes y para poder determinar si los cambios en los resultados de salud pueden atribuirse al régimen de tratamiento recomendado.

Durante el TARGA es fundamental evaluar periódicamente la adherencia y ser tomada en cuenta en las decisiones terapéuticas.

El método ideal de medida de la adherencia debería cumplir con las normas psicométricas básicas de validez y confiabilidad aceptables, ser altamente sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, ser reproducible, aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico <sup>(38), (39)</sup>.

No existe un “patrón de oro” para medir adherencia terapéutica <sup>(40)</sup>, en la bibliografía se ha informado el empleo de una variedad de estrategias.

### 2.2.3. FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TARGA

#### 2.2.3.1. Factores Biológicos del Paciente:

- Edad: La edad está estrictamente relacionada con las características del comportamiento de las personas, es así que los adultos se caracterizan por que en ellos las actividades físicas e intelectuales han alcanzado su máximo esplendor. Psicológicamente es la edad realista en la cual la persona se comporta con todo el sentido común requerido para tomar decisiones. <sup>(41)</sup>
- Sexo: En una publicación titulada estrategias para optimizar la adherencia al TARGA: Lecciones para mejorar la práctica clínica, es uno de los pocos estudios en la que el sexo femenino presenta una mejor adherencia en comparación con el sexo masculino, aunque este resultado no ha sido uniforme.

Las mujeres han citado el estrés por el cuidado infantil como relacionado con las dosis perdidas. <sup>(42)</sup>

#### 2.2.3.2. Factores Socio Culturales del Paciente:

- Grado de Instrucción: En el Sistema Educativo formal, se diferencian 3 niveles. La adherencia es al parecer más difícil para los pacientes con grados inferiores de educación y alfabetismo.
- Soporte Socio Familiar: El apoyo de amigos y en especial de familiares juegan un papel importante en el control de una enfermedad al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento. <sup>(43)</sup>
- Domicilio Actual: Gran número de personas VIH positivas viven en áreas vitales y debido a que en muchos lugares rurales no proveen de tratamiento antirretroviral y debido a que el tratamiento es de por vida, muchos de ellos viajan a sus lugares de origen sin recibir el tratamiento completo o tienen que viajar largos tramos para obtener el cuidado esencial. Esto puede algunas tornarse dificultoso para los pacientes, quienes empiezan tratamiento antirretroviral. <sup>(44)</sup>

#### 2.2.3.3. Factores Psicológicos del Paciente:

- Alteración psicológica: Se ha encontrado que la dificultad psicológica también afecta a la adherencia terapéutica. La depresión, el estrés y la manera en la cual los individuos lo enfrentan, se encuentran entre los factores predictivos más significativos de la adherencia, pero las correlaciones con otras co-morbilidades psiquiátricas son más débiles. <sup>(43)</sup>

La desesperanza y los sentimientos negativos pueden reducir la motivación para cuidarse a uno mismo y también pueden influir sobre la capacidad para seguir instrucciones complejas.

Los adolescentes con VIH que informaron sobre altos niveles de depresión demostraron, una adherencia inferior a la de sus compañeros que no están deprimidos. Estos resultados son similares a otros estudios sobre procesos crónicos que han demostrado relación entre la adherencia y la depresión. <sup>(45, 46)</sup>

#### 2.2.3.4. Factores Económicos del Paciente:

- Ocupación: La ocupación se define como la forma en que la que la población obtiene una remuneración para su subsistencia, la cual puede influir en la adherencia.

- Situación Económica: Uno de los factores específicos e importantes para la satisfacción del empleado, es el salario ya que de acuerdo a la cantidad de dinero que percibe, tiene la posibilidad de adquirir y disfrutar en mayor o menor grado diversos bienes y servicios. <sup>(41)</sup>

#### 2.2.3.5. Factores que Influyen en el Régimen Terapéutico:

- Cantidad de Fármacos, Frecuencia de Administración: En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia a un tratamiento disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de su administración en el día. <sup>(47)</sup>

En relación a esto último, Eldred y colegas detectaron que quienes recibían dosis dos veces al día, o menos, informaron mejor adherencia (>80%). <sup>(48)</sup>

- Reacción Adversa Medicamentosa: Los pacientes interrumpen rápidamente el tratamiento o solicitar modificaciones de la medicación si presentan efectos colaterales. Ya sean reales o percibidos, los efectos colaterales explican más cambio del régimen que el fracaso del tratamiento.

Los regímenes de TARGA tienen por lo común efectos colaterales temporales, con reacciones transitorias (diarrea y náuseas); así como los efectos más duraderos (es decir lipodistrofia y neuropatía).

Los síntomas que causan la mayor dificultad son el cansancio, la diarrea, las náuseas y el dolor de estómago, la mayoría de los cuales pueden ser tratados con éxito.

Un grave efecto colateral que puede afectar la adherencia a los medicamentos contra el VIH es la lipodistrofia.

- **Requisitos Alimentarios del Paciente:** Al elegir los regímenes apropiados, deben examinarse los hábitos alimenticios del paciente y tratarse los requisitos alimentarios específicos del régimen para que el paciente comprenda lo que se requiere antes de buscar que acepte tales restricciones. Los regímenes que exigen un estómago vacío varias veces al día pueden ser difíciles para los pacientes.

#### 2.2.3.6. Factores que Influyen en la Calidad de Atención de Salud:

Los profesionales con mayor experiencia y capacitación que le dedican más tiempo a la consulta, capaces de establecer lazos de confianza con sus pacientes, que pueden ofrecer continuidad en la asistencia y facilidades para ser contactados, obtienen mejores resultados en la adherencia.

La calidad en la atención y la relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia.

- **Confianza:** La confianza entre el equipo asistencial y el paciente debe darse en un entorno agradable. Por ende, el apoyo emocional y la demostración de confianza por parte del equipo de salud para con los pacientes con VIH/SIDA son de vital importancia para que lleguen a comprender que no han perdido su condición de seres sociales, sino que deben plantearse una nueva forma de integrarse a la sociedad y reorganizar sus vidas. <sup>(49)</sup>
- **Continuidad:** La continuidad de la atención se caracteriza por un contacto regular con los proveedores del cuidado. No son recomendables los cambios de profesionales que puedan alterar la confianza establecida entre el equipo terapéutico y el paciente.
- **Accesibilidad:** La asistencia debe ser próxima y sobretodo, accesible; es decir debe facilitar la resolución inmediata de la de las incidencias relacionadas con el tratamiento.
- **Flexibilidad:** Se refiere a que el personal prestador de salud brinde facilidades según la situación propia de cada enfermo. <sup>(50)</sup>



## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES**

#### **3.1. HIPÓTESIS**

Al ser este un trabajo retrospectivo carece de hipótesis.

#### **3.2. VARIABLES**

##### **3.2.1. Variable Dependiente**

- Adherencia al TARGA.

##### **3.2.2. Variables Independientes**

- Factores biológicos, socioculturales, psicológicos, económicos, régimen terapéutico y la calidad de atención en salud.

### 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES				
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION				
VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	CODIFICACION	TIPO DE VARIABLE
<b>FACTORES BIOLÓGICOS</b>				
<b>Sexo</b>	Característica biológica que diferencia al hombre de la mujer	Género	Femenino Masculino	Nominal Cualitativa
<b>Edad</b>	Diferencia entre la fecha actual y fecha de nacimiento	Años	Ej. 18 años	Intervalo Cuantitativa
<b>FACTORES DEMOGRÁFICOS</b>				
<b>Lugar de Nacimiento</b>	Área geográfica donde se tiene el origen	Departamento	Ej. Puno	Nominal Cualitativa
<b>Lugar de Procedencia</b>	Área geográfica donde vive más de 1 año	Departamento	Ej. Tacna	Nominal Cualitativa
<b>FACTORES SOCIOCULTURALES</b>				
<b>Situación Conyugal</b>	Estado civil	Existencia de cónyuge	Soltero Casado Divorciado Conviviente Viudo	Nominal Cualitativa
<b>Apoyo Familiar</b>	Aquellas acciones que realizan uno o varios miembros de la familia	Sostén familiar	Alto Medio Bajo	Nominal Cualitativa
<b>Grado de Instrucción</b>	Nivel de estudios realizados	Grado de Escolaridad	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Nominal Cualitativa
<b>FACTORES PSICOLÓGICOS</b>				
<b>Estado de Ánimo</b>	Estado psicológico que refleja las vivencias afectivas y emocionales que se están teniendo.	Alteración psicológica	Si No	Nominal Cualitativa
<b>FACTORES ECONÓMICOS</b>				
<b>Ocupación</b>	Posición que la persona adquiere en el ejercicio de su trabajo	Tipo de Trabajo	Empleado Independiente Obrero Trabajador Familiar Su casa No trabaja Otros	Nominal Cualitativa
<b>Ingreso Familiar</b>	Presupuesto que tiene una familia para gastar en un periodo determinado.	Soles	< de s/. 300 s/.300 a s/.500 s/.501 a s/.1000 > de s/.1000	Nominal Cuantitativa
<b>FACTORES EN LA ATENCIÓN A LOS PVVS</b>				
<b>Satisfacción en la Atención de Salud</b>	Una actitud positiva individual hacia la atención integral de salud por parte del equipo multidisciplinario.	Satisfacción del Paciente	Buena Regular Mala No Opina	Nominal Cualitativa

<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>				
<b>Adherencia Terapéutica</b>	Tratamiento Farmacológico, Indicaciones de Seguimiento	Asistencia Regular a Cita Programada	Adherencia No adherencia	Nominal Cualitativa
	Cantidad de Fármacos Frecuencia de Administración	Ingesta de Dosis Indicada Toma de Tratamiento a la Hora Exacta	Si No A veces	Nominal Cualitativa
	Nutrición Adecuada del Paciente	Nutrición Adecuada	Si No	Nominal Cualitativa
	Ingesta de Sustancias Nocivas	Ingesta de Sustancias Nocivas	Si No	Nominal Cualitativa

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1. DISEÑO**

El presente proyecto de Investigación es de tipo No Experimental, Retrospectivo, Observacional, Analítico y Transversal, debido a que el estudio cuenta con variables cuantitativas y cualitativas las cuales serán estudiadas en conjunto y de manera simultánea, a fin de definir la influencia de los factores con respecto a la variable dependiente denominada Adherencia y Transversal porque pretende describir los hechos tal como se presentan y se realiza en un momento determinado.

#### **4.2. AMBITO DE ESTUDIO**

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna en el año 2012, con pacientes infectados por el VIH/SIDA, que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

#### **4.3. POBLACION**

La población está determinada por 84 pacientes diagnosticados con la infección del VIH/SIDA reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital Hipólito Unánue de Tacna.

#### 4.3.1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de infección por VIH/SIDA.
- Pacientes mayores de 18 años de edad.

#### 4.3.2. Criterios de Exclusión:

- Pacientes que se nieguen a participar en la presente investigación.

### **4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la realización del estudio en el marco hospitalario se obtuvo el aval y la autorización de la Dirección Ejecutiva del Hospital. Se consideraron los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, dispuestas por la “Declaración de Helsinki de la 18° Asamblea de la Asociación Médica Mundial, de junio de 1964, por consentimiento verbal, como modo de participación en el estudio. Se resguardó la confidencialidad de cada persona que participó en el estudio, según lo establece la ley de lucha contra el SIDA, que establece la confidencialidad en la relación médico paciente.

### **4.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Encuesta para Determinar la Adherencia al TARGA, encuesta Extraída de la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana). Norma Técnica de salud N° 097 – MINSA/DGSP-V.01

#### **4.6. METODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica empleada fue Entrevista al paciente de manera anónima, haciendo uso del instrumento Encuesta.

Previo a la aplicación del Instrumento, el paciente recibió una explicación breve sobre los objetivos y propósitos del presente estudio de investigación.

El tiempo promedio de la aplicación fue de 10 a 15 minutos por cada uno; se coordinó además, para el Consentimiento Informado de las personas sujetas a estudio, previa explicación por parte de la encuestadora. Una vez recolectados los datos, se procedió a procesarlos y presentarlos en cuadros y tablas.

#### **4.7. METODO PARA EVALUAR RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE ADHERENCIA**

De acuerdo a las respuestas obtenidas en la encuesta se consideró **“No Adherente”**:

- Si en la pregunta número 1, la respuesta fue: Si.
- Si en la pregunta número 2, la respuesta fue: No.
- Si en la pregunta número 3, la respuesta fue: Sí.
- Si en la pregunta número 4, la respuesta fue: Sí.
- Si en la pregunta número 5, la respuesta fue: C, D o E.
- Si en la pregunta número 6, la respuesta fue: Más de 2 días.

El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de **“No Adherente”** hace que el resultado final se considere **“No Adherente”**.

#### **4.8. PROCEDIMIENTO DE ANALISIS DE DATOS**

Luego de ser completados los datos o variables en las encuestas, estos fueron tabulados en tablas y gráficos. La distribución porcentual de los grupos se realizó en base a los resultados obtenidos. Se tomaron en cuenta todas las variables presentes en la encuesta.

Se creó una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel 2010, luego los datos fueron analizados y procesados estadísticamente con el programa SPSS v.16.0. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para el análisis de las variables. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de  $P < 0.05$ .

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS**

**TABLA N° 01**

**PORCENTAJE DE PACIENTES ADHERENTES AL TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE  
DE TACNA EN EL AÑO 2012**

<b>ADHERENCIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	65	77,4%
<b>NO</b>	19	22,6%
<b>Total</b>	84	100,0%

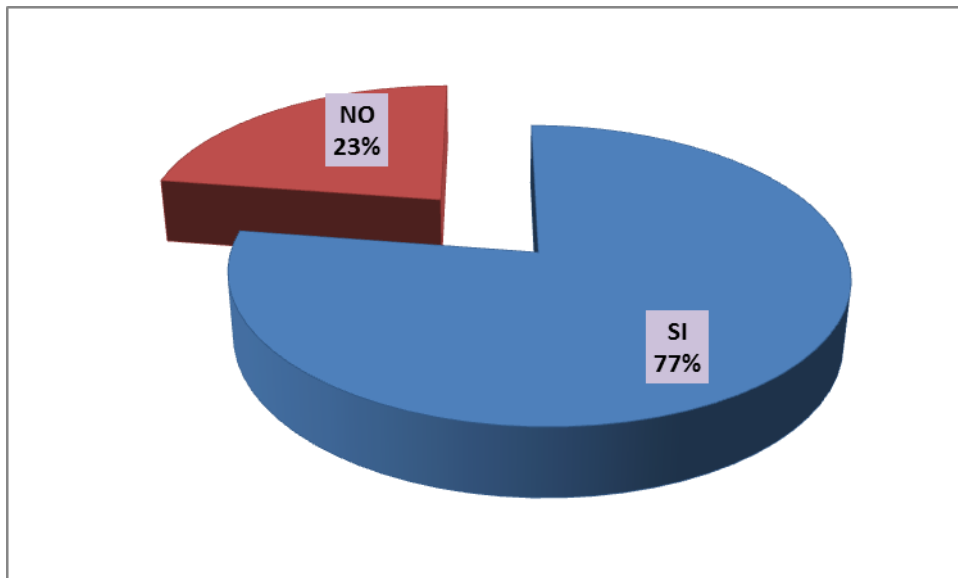
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

En la Tabla N° 1 se aprecia que de los 84 pacientes infectados por el virus de VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el 77% (65 pacientes) son adherentes al tratamiento antirretroviral.



**GRAFICO N° 01**

**PORCENTAJE DE PACIENTES ADHERENTES AL TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE  
DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**TABLA N° 02**

**FACTORES BIOLÓGICOS SEGÚN EDAD Y SEXO ASOCIADOS A LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN  
PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

FACTORES BIOLÓGICOS		ADHERENCIA				Total		Prueba de chi <sup>2</sup> de Pearson
		SI		NO				
		N°	%	N°	%	N°	%	
EDAD	< 19 a.	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%	Chi <sup>2</sup> :1,485 Gl:4 P valor: 0.829
	20 - 35 años	24	75,0%	8	25,0%	32	100,0%	
	36 - 49 años	30	81,1%	7	18,9%	37	100,0%	
	50 - 65 años	8	80,0%	2	20,0%	10	100,0%	
	> 65 años	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	
	<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>77,4%</b>	<b>19</b>	<b>22,6%</b>	<b>84</b>	<b>100,0%</b>	
SEXO	Masculino	39	83,0%	8	17,0%	47	100,0%	Chi <sup>2</sup> :1.910 Gl:1 P valor: 0.167
	Femenino	26	70,3%	11	29,7%	37	100,0%	
	<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>77,4%</b>	<b>19</b>	<b>22,6%</b>	<b>84</b>	<b>100,0%</b>	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

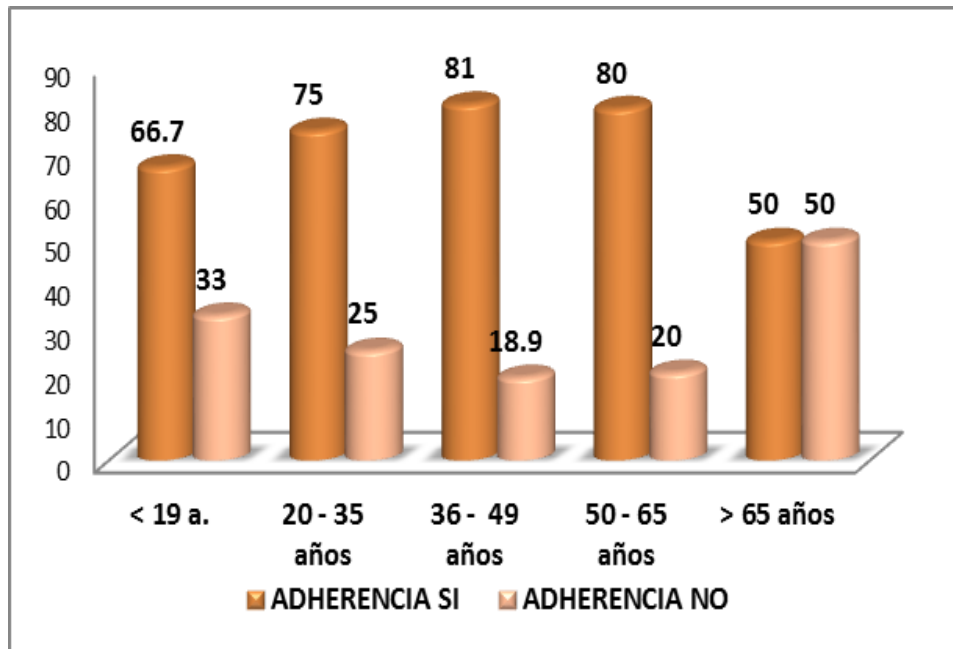
En la Tabla N° 2 se observa que el grupo etáreo con mayor porcentaje de adherencia TARGA se encuentra entre los 36 y 49 años de edad con un 81,1%, seguido del grupo etáreo de 50 a 65 años de edad con un 80%. El grupo de pacientes con menor adherencia fue el de > de 65 años con un 50,0%.

También se aprecia que los pacientes que presentaron mayor adherencia al TARGA fueron de sexo masculino con un 83%, en segundo lugar las mujeres presentaron 70,3% de adherencia.

El P valor encontrado para estas variables nos indica que no existe relación entre la edad y el sexo en relación a la adherencia al TARGA. (P > 0.05).

**GRAFICO N° 02**

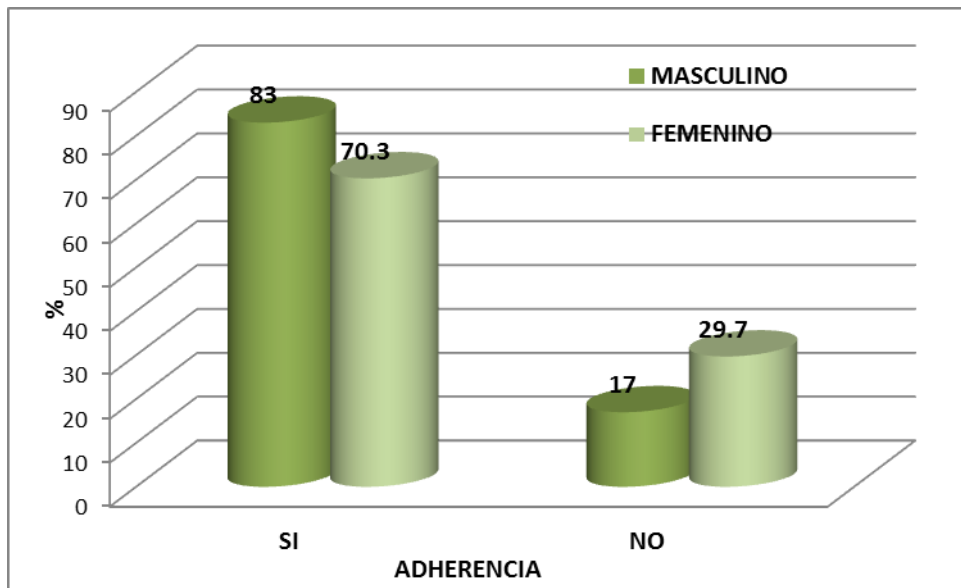
**FACTORES BIOLÓGICOS SEGÚN EDAD ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**GRAFICO N° 03**

**FACTORES BIOLÓGICOS SEGÚN SEXO ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**TABLA N° 03**

**FACTORES BIOLÓGICOS SEGÚN ENFERMEDAD PREVIA AL INICIO  
DEL TARGA ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

FACTORES BIOLÓGICOS		ADHERENCIA				Total		Prueba de $\chi^2$ de Pearson
		SI		NO		N°	%	
		N°	%	N°	%			
ENFERMEDAD PREVIA	SI	30	71,4%	12	28,6%	42	100,0%	Chi <sup>2</sup> :1,485 Gl:4 P valor: 0.829
	NO	35	83,3%	7	16,7%	42	100,0%	
	Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

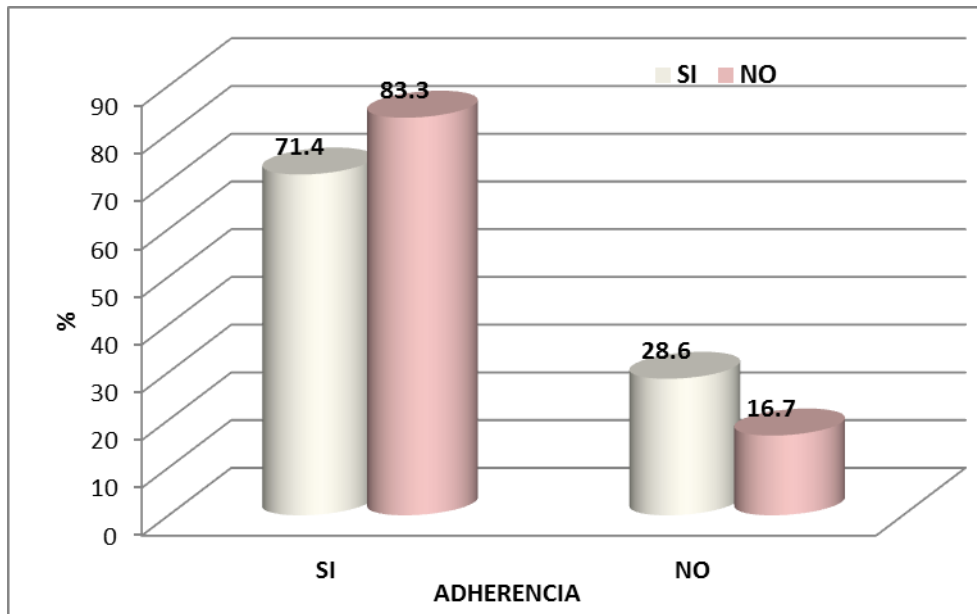
En la Tabla N° 3 se aprecia que los pacientes que presentaron mayor adherencia al TARGA fueron los que no presentaron enfermedad previa al inicio del tratamiento con un 83,3%.

Además del total de pacientes que presentaron enfermedad previa (42 pacientes) la enfermedad predominante fue Gastroenterocolitis con un 33,33% (14 pacientes), seguido de TBC Pulmonar con 30,95% (13 pacientes).

El P valor encontrado para esta variable nos indica que no hay relación entre la presencia de enfermedad previa al inicio del tratamiento y la adherencia al TARGA. (P > 0.05).

#### GRAFICO N° 04

### FACTORES BIOLÓGICOS SEGÚN ENFERMEDAD PREVIA AL INICIO AL TARGA ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**TABLA N° 04**

**FACTORES SOCIO CULTURALES SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO Y  
PROCEDENCIA ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

FACTORES SOCIALES		ADHERENCIA				Total		Prueba de chi <sup>2</sup> de Pearson
		SI		NO		N°	%	
		N°	%	N°	%			
LUGAR DE NACI- MIENTO	Tacna	39	84,7%	7	15,2%	46	100,0%	Chi <sup>2</sup> :12,266 Gl:8 P valor: 0.140
	Puno	13	72,2%	5	27,8%	18	100,0%	
	Lima	5	83,3%	1	16,7%	6	100,0%	
	Madre de Dios	1	100,0%	0	0%	1	100,0%	
	Arequipa	2	40,0%	3	60,0%	5	100,0%	
	Chiclayo	2	100,0%	0	0%	2	100,0%	
	Cuzco	2	100,0%	0	0%	2	100,0%	
	Ilo	1	25%	3	75,0%	4	100,0%	
Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%		
LUGAR DE PROCE- DENCIA	Tacna	48	80,0%	12	20,0%	60	100,0%	Chi <sup>2</sup> :7,614 Gl:5 P valor: 0.179
	Puno	9	81,8%	2	18,2%	11	100,0%	
	Lima	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%	
	Arequipa	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
	Chiclayo	2	100,0%	0	0%	2	100,0%	
	Ilo	1	33,3%	2	66,7%	3	100,0%	
Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%		

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

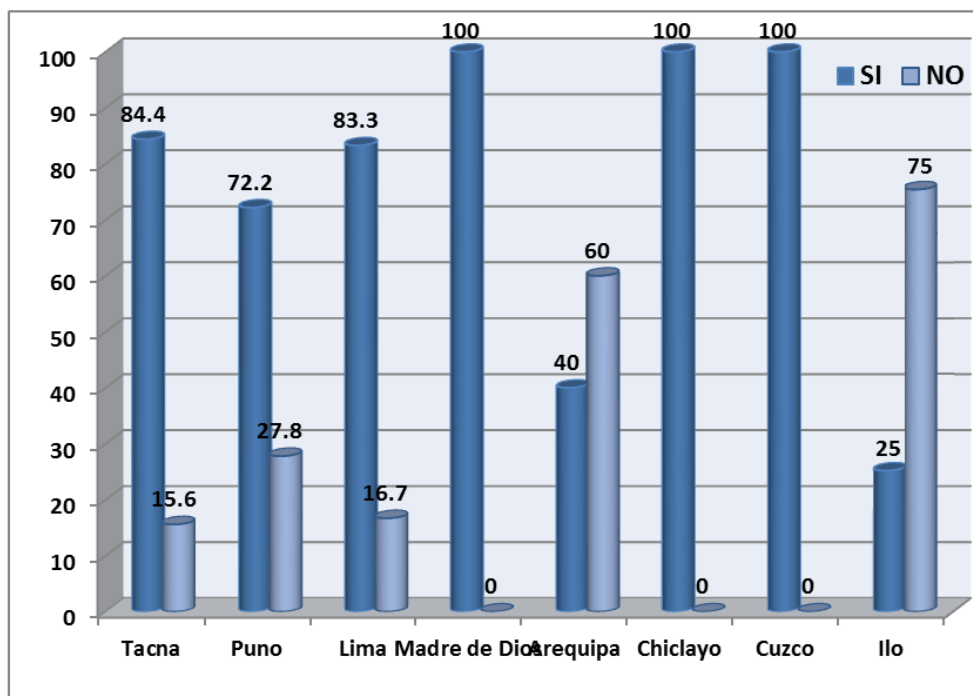
En la Tabla N° 4 se aprecia que los pacientes que presentaron mayor adherencia al TARGA fueron los nacidos en Madre de Dios, Chiclayo y Cuzco todos con un 100%. Los que presentaron el menor porcentaje de adherencia fueron los nacidos en Ilo con un 25%.

Además se observa que respecto al lugar de procedencia los pacientes que presentaron mayor adherencia también fueron los de Chiclayo con un 100%, seguidos de los de Puno con un 81,8%. Los que presentaron menor porcentaje de adherencia fueron los de Arequipa e Ilo ambos con un 33,3%.

El P valor encontrado para estas variables nos indica que no existe relación entre el lugar de nacimiento y la procedencia en relación a la adherencia al TARGA. (P > 0.05).

**GRAFICO N° 05**

**FACTORES SOCIO CULTURALES SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO  
ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

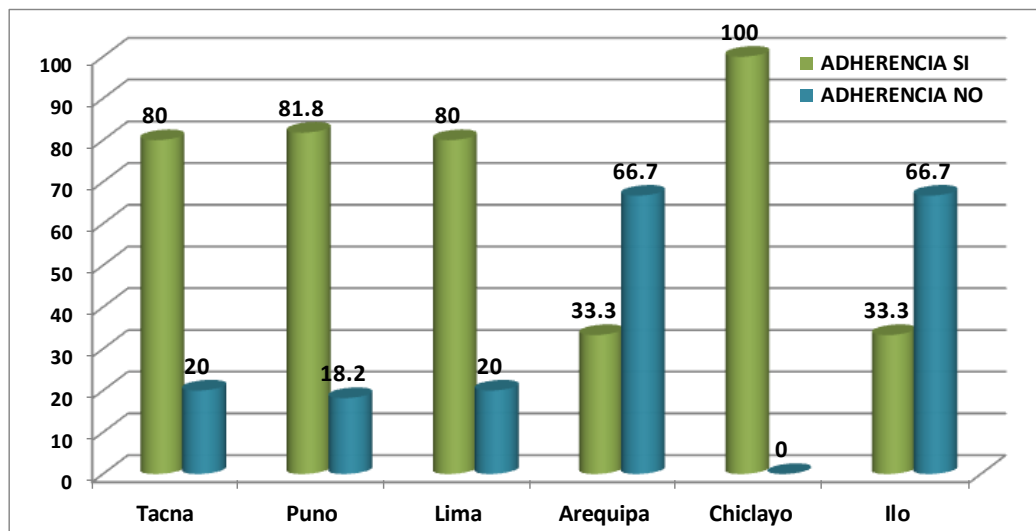


FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR



**GRAFICO N° 06**

**FACTORES SOCIO CULTURALES SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA  
ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**TABLA N° 05**

**FACTORES SOCIO CULTURALES SEGÚN ESTADO CIVIL Y GRADO DE INSTRUCCION ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

FACTORES SOCIO CULTURALES		ADHERENCIA				Total		Prueba de chi <sup>2</sup> de Pearson
		SI		NO		N°	%	
		N°	%	N°	%			
ESTADO CIVIL	SOLTERO	24	77,4%	7	22,6%	31	100,0%	Chi <sup>2</sup> :1,763 Gl:4 P valor: 0.779
	CASADO	14	82,4%	3	17,6%	17	100,0%	
	DIVORCIADO	1	100,0%	0	,0%	1	100,0%	
	CONVIVIENTE	19	79,2%	5	20,8%	24	100,0%	
	VIUDO	7	63,6%	4	36,4%	11	100,0%	
	Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%	
GRADO DE INSTRUCCION	ANALFABETO	2	33,3%	4	66,7%	6	100,0%	Chi <sup>2</sup> :7,718 Gl:4 P valor: 0.102
	PRIMARIA	11	84,6%	2	15,4%	13	100,0%	
	SECUNDARIA	31	81,6%	7	18,4%	38	100,0%	
	SUPERIOR	21	77,8%	6	22,2%	27	100,0%	
	Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

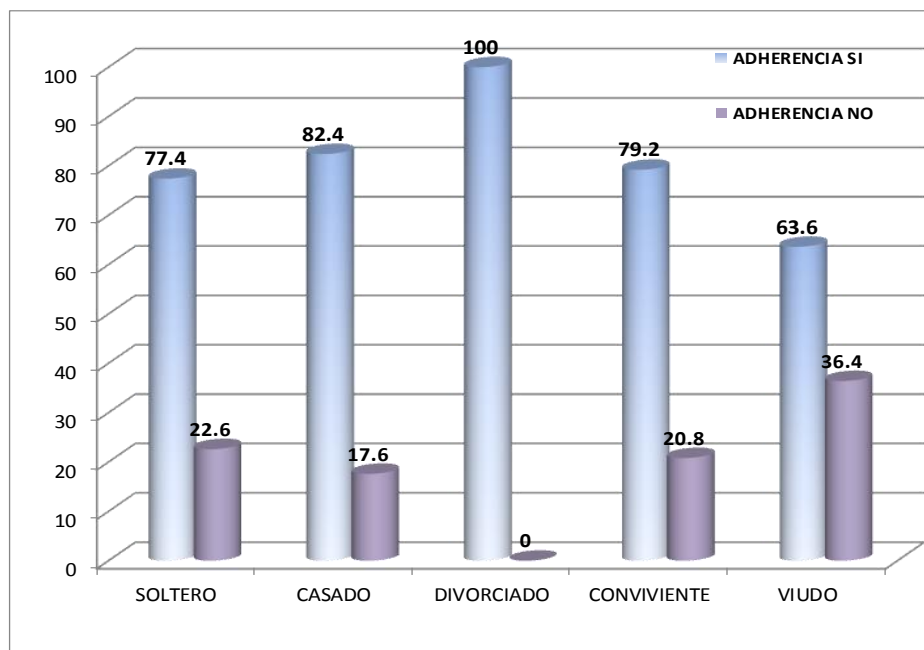
En la Tabla N° 5 se aprecia que los pacientes que presentaron mayor adherencia al TARGA fueron los divorciados con un 100%, sin embargo hay q resaltar que un solo caso no tiene relevancia estadística, seguido de los pacientes casados con un 82,4%. El grupo que presentó menor adherencia fueron los viudos con 63,6%.

También se observa que los pacientes que presentaron mayor adherencia en relación al grado de instrucción fueron los que contaban con nivel primario con un 84,6%, seguidos de los pacientes con nivel secundario con un 81,6%. El grupo con menor adherencia fueron los analfabetos con 33,3%.

El P valor encontrado para estas variables nos indica que no existe relación entre estado civil y grado de instrucción en relación a la adherencia al TARGA. (P > 0.05).

**GRAFICO N° 07**

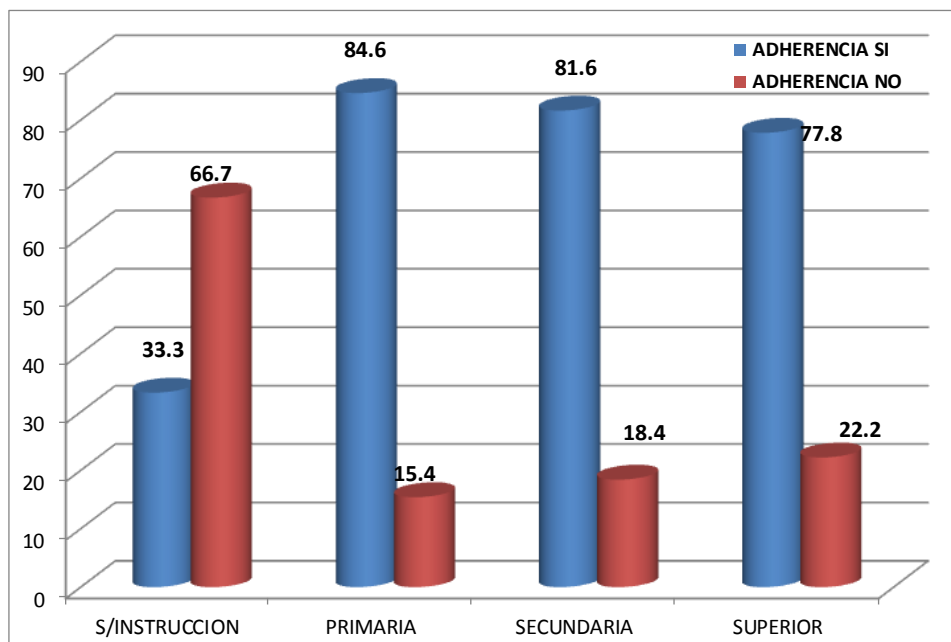
**FACTORES SOCIO CULTURALES SEGÚN ESTADO CIVIL ASOCIADO  
A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN  
PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

## GRAFICO N° 08

### FACTORES SOCIO CULTURALES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**TABLA N° 06**

**FACTORES SOCIO CULTURALES SEGÚN HABER SENTIDO  
DISCRIMINACION ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

FACTORES SOCIO CULTURALES		ADHERENCIA				Total		Prueba de chi <sup>2</sup> de Pearson
		SI		NO		N°	%	
		N°	%	N°	%			
SE HA SENTIDO DISCRIMINADO	SI	25	73,5%	9	26,5%	34	100,0%	Chi <sup>2</sup> :4,84 Gl:1 P valor: 0.487
	NO	40	80,0%	10	20,0%	50	100,0%	
	Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%	

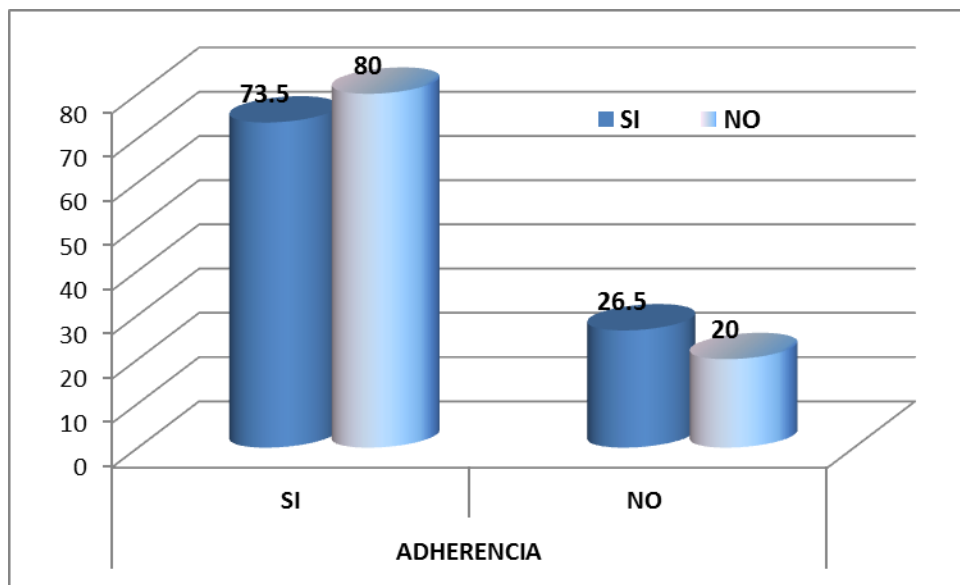
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

En la Tabla N° 6 se encontró que los pacientes que presentaron mayor adherencia al tratamiento fueron los que no se sintieron discriminados con un 80%. En segundo lugar los pacientes que se sintieron discriminados en algún momento presentaron una adherencia de 73,5%.

El P valor encontrado para esta variable nos indica que no existe relación entre la variable discriminación y la adherencia al TARGA. ( $P > 0.05$ ).

**GRAFICO N° 09**

**FACTORES SOCIO CULTURALES SEGÚN HABER SENTIDO  
DISCRIMINACION ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**TABLA N° 07**

**FACTORES SICOLOGICOS SEGÚN INFLUENCIA DEL ESTADO DE ANIMO EN LA TOMA DEL TRATAMIENTO ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

FACTORES PSICOLOGICOS		ADHERENCIA				Total		Prueba de chi <sup>2</sup> de Pearson
		SI		NO				
		N°	%	N°	%	N°	%	
ESTADO DE ANIMO INFLUYE EN LA TOMA DE TRATAMIENTO	SI	20	69,0%	9	31,0%	29	100,0%	Chi <sup>2</sup> :1,792 Gl:1 P valor: 0.181
	NO	45	81,8%	10	18,2%	55	100,0%	
	Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%	

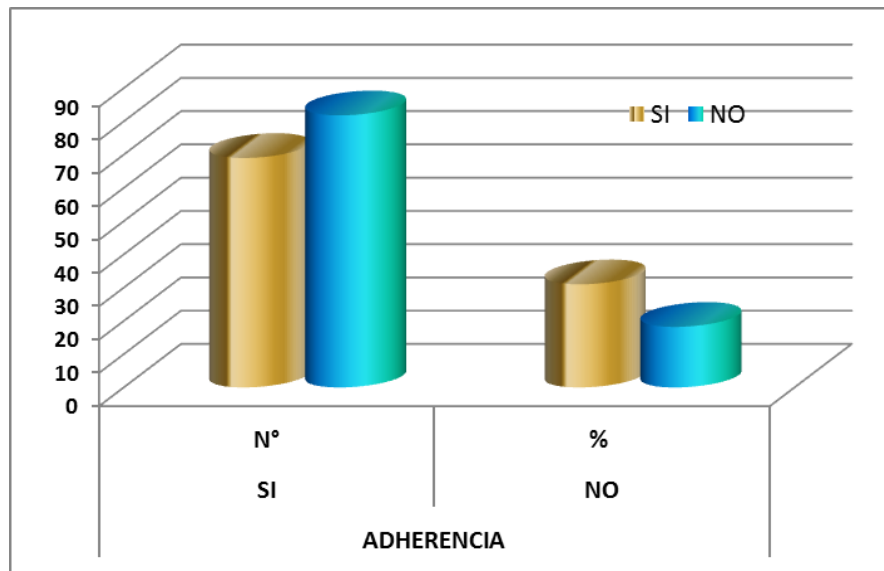
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

En la Tabla N° 7 se aprecia que los pacientes que presentaron mayor adherencia al tratamiento fueron los que refirieron que su estado de ánimo no influye en la toma del tratamiento con un 81,8%.

El P valor encontrado para esta variable nos indica que no existe relación entre la variable influencia del estado de ánimo en la toma del tratamiento y la adherencia al TARGA. (P > 0.05).

**GRAFICO N° 10**

**FACTORES SICOLOGICOS SEGÚN INFLUENCIA DEL ESTADO DE ANIMO EN LA TOMA DEL TRATAMIENTO ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR



**TABLA N° 08**

**FACTORES ECONOMICOS SEGÚN OCUPACION E INGRESO  
ECONOMICO MENSUAL ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL  
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA,  
EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

FACTORES ECONOMICOS		ADHERENCIA				Total		Prueba de chi <sup>2</sup> de Pearson
		SI		NO				
		N°	%	N°	%	N°	%	
OCUPACION	PROFESIONAL	8	88,9%	1	11,1%	9	100,0%	Chi <sup>2</sup> :4,765 Gl:5 P valor: 0.445
	INDEPENDIENTE	35	83,3%	7	16,7%	42	100,0%	
	OBRERO	9	69,2%	4	30,8%	13	100,0%	
	SU CASA	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%	
	NO TRABAJA	9	60,3%	6	46,0%	15	100,0%	
	Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%	
INGRESO ECONOMICO MENSUAL	< 300 Soles	13	76,5%	4	23,5%	17	100,0%	Chi <sup>2</sup> :0,940 Gl:3 P valor: 0.816
	300- 500 Soles	16	72,7%	6	27,3%	22	100,0%	
	501-1000 Soles	24	80,0%	6	20,0%	30	100,0%	
	>1000 Soles	12	85,7%	2	14,3%	14	100,0%	
	Total	65	78,3%	18	21,7%	83	100,0%	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

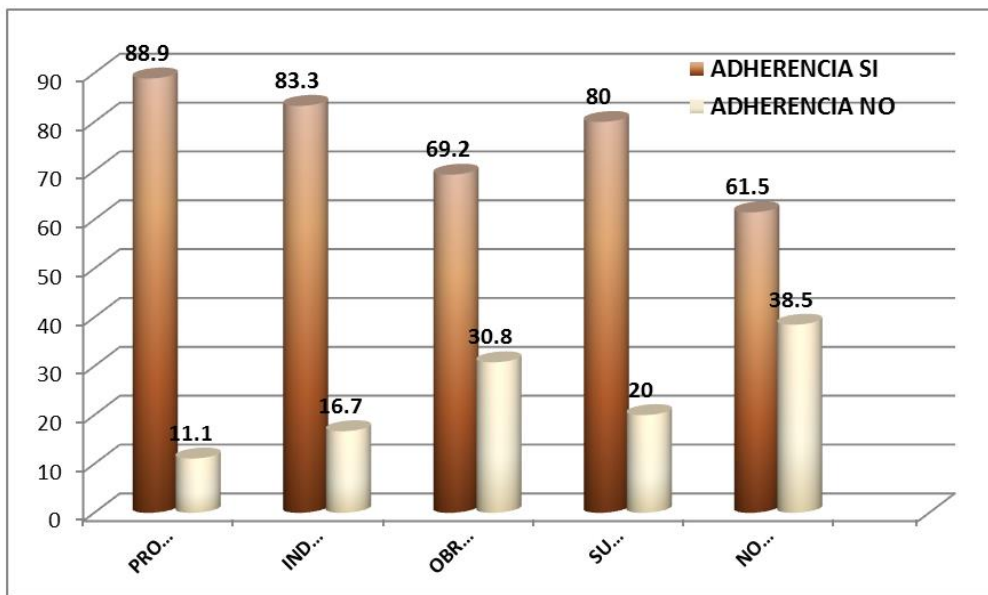
En la Tabla N° 8 se observa que los pacientes que presentaron mayor adherencia al tratamiento fueron los profesionales con un 88,9%, seguido del grupo que labora de manera independiente con un 83,3%. El grupo que presento menor adherencia fueron los que no trabajan con un 60%. Los resultados de la variable ocupación fueron agrupados de esta manera debido a las respuestas obtenidas por los encuestados.

También se aprecia que presento mayor adherencia el grupo de pacientes que percibe un ingreso económico mayor a 1000 soles con un 85,7%, en segundo lugar está el grupo que percibe entre 501 a 1000 soles con un 80%. El grupo que presento menor adherencia fueron los que perciben entre 300 a 500 soles con un 72,7%.

El P valor encontrado para estas variables nos indica que no existe relación entre las variables ocupación e ingreso económico mensual en relación a la adherencia al TARGA. (P > 0.05).

**GRAFICO N° 11**

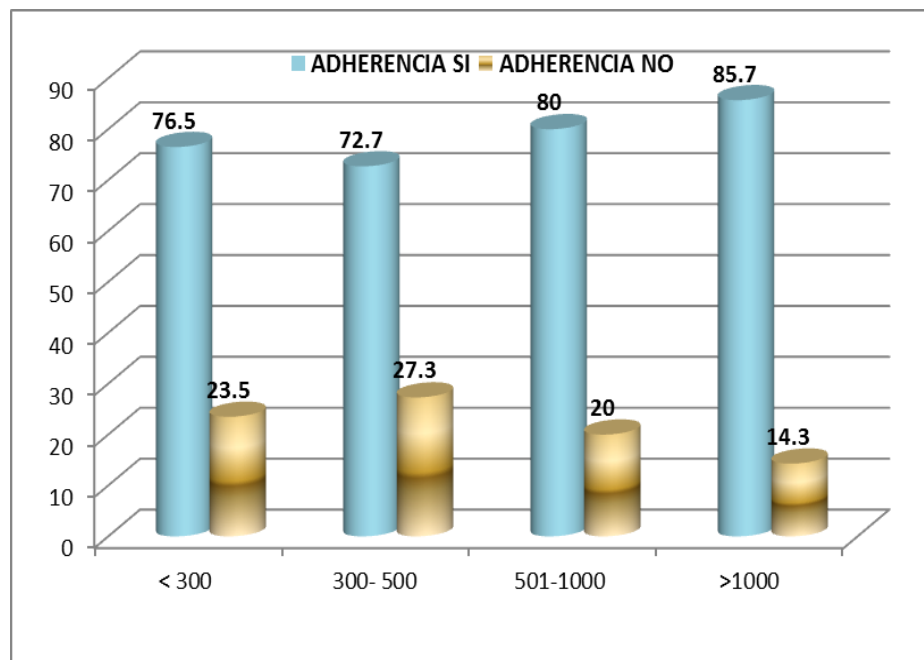
**FACTORES ECONOMICOS SEGÚN OCUPACION ASOCIADO A LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN  
PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO  
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

## GRAFICO N° 12

### FACTORES ECONOMICOS SEGÚN INGRESO ECONOMICO MESUAL ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**TABLA N° 09**

**FACTORES DEL REGIMEN TERAPEUTICO SEGÚN TIEMPO QUE  
RECIBE TRATAMIENTO Y HORA DE TOMA DE MEDICACION  
ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL  
HOSPITAL HIPOLITOUNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

FACTORES DEL REGIMEN TERAPEUTICO		ADHERENCIA				Total		Prueba de chi <sup>2</sup> de Pearson
		SI		NO		N°	%	
		N°	%	N°	%			
TIEMPO QUE RECIBE TARGA	< 2 M.	8	100,0%	0	0%	8	100,0%	Chi:7,995 Gl:4 P valor: 0.092
	3-11 M.	14	87,5%	2	12,5%	16	100,0%	
	1 - 2 A.	17	81,0%	4	19,0%	21	100,0%	
	3 - 4 A.	9	81,8%	2	18,2%	11	100,0%	
	> 4 A.	17	60,7%	11	39,3%	28	100,0%	
	<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>77,4%</b>	<b>19</b>	<b>22,6%</b>	<b>84</b>	<b>100,0%</b>	
TOMA MEDICACION A HORA ESTABLECIDA	SIEMPRE	37	94,9%	2	5,1%	39	100,0%	Chi <sup>2</sup> :12,903 Gl:2 P valor: 0.002
	CASI SIEMPRE	27	62,8%	16	37,2%	43	100,0%	
	ALGUNAS VECES	1	50,0%	1	50,0%	2	100,0%	
	NUNCA	0	0%	0	,0%	0	0%	
	<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>77,4%</b>	<b>19</b>	<b>22,6%</b>	<b>84</b>	<b>100,0%</b>	

FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

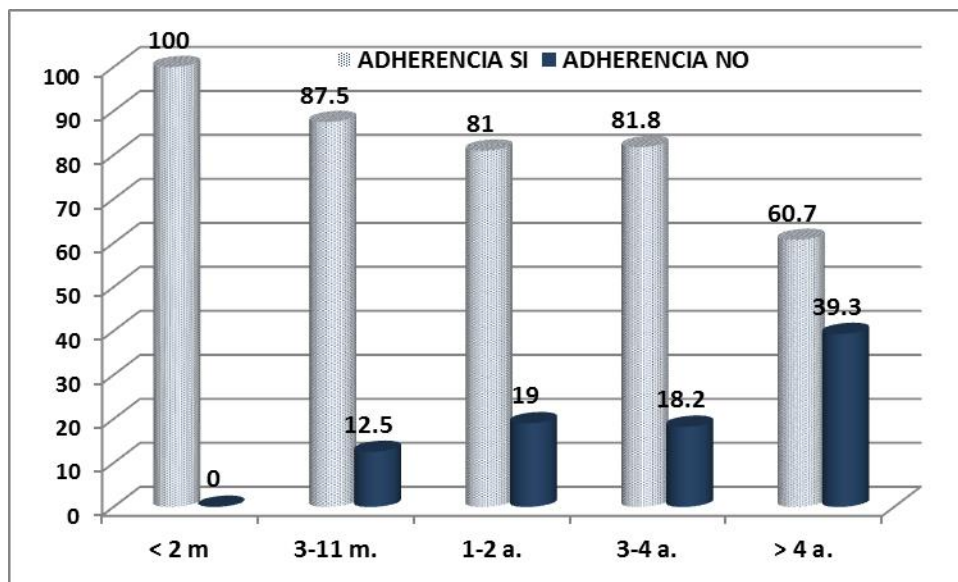
En la Tabla N° 9 se aprecia que los pacientes que presentaron mayor adherencia al tratamiento fueron el grupo que se encuentran recibiendo tratamiento menos de 2 meses con un 100%, seguido del grupo que se encuentra recibiendo tratamiento por 3 a 11 meses con un 87,5%. El grupo con menor adherencia fue el que se encuentra recibiendo tratamiento por más de 4 años con un 60,7%.

También observamos que el grupo que respecto a la toma de la medicación a la hora establecida; el grupo que presento mayor adherencia fue el que siempre toma la medicación a la hora establecida con un 94,9%, seguido del grupo de que toma casi siempre la medicación a la hora establecida con un 62,8%.

El P valor encontrado para la variable toma de medicación a la hora establecida, nos indica que si existe relación entre esta variable y la adherencia al TARGA. (P < 0.05).

GRAFICO N° 13

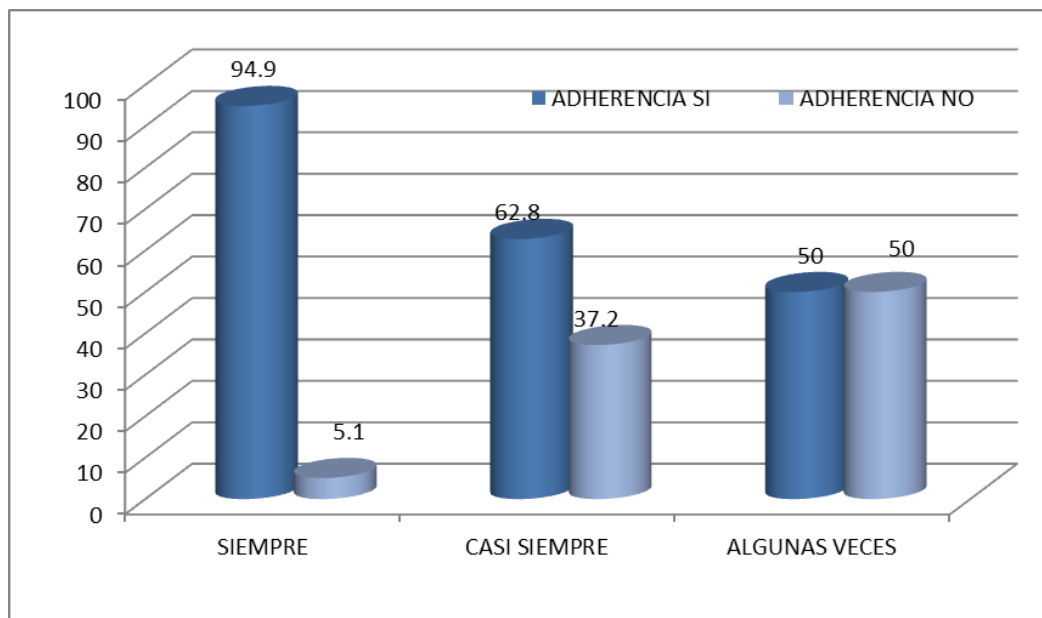
**FACTORES DEL REGIMEN TERAPEUTICO SEGÚN TIEMPO QUE RECIBE TRATAMIENTO ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**GRAFICO N° 14**

**FACTORES DEL REGIMEN TERAPEUTICO SEGÚN HORA DE TOMA DE  
MEDICACION ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**TABLA N° 10**

**FACTORES DEL REGIMEN TERAPEUTICO SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA DIETA INDICADA ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

FACTORES DEL REGIMEN TERAPEUTICO		ADHERENCIA				Total		Prueba de chi <sup>2</sup> de Pearson
		SI		NO				
		N°	%	N°	%	N°	%	
CUMPLE CON LA DIETA INDICADA	SI	44	91,7%	4	8,3%	48	100,0%	Chi <sup>2</sup> :13,05 G1:1 P valor: 0.001
	NO	21	58,3%	15	41,7%	36	100,0%	
	Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%	

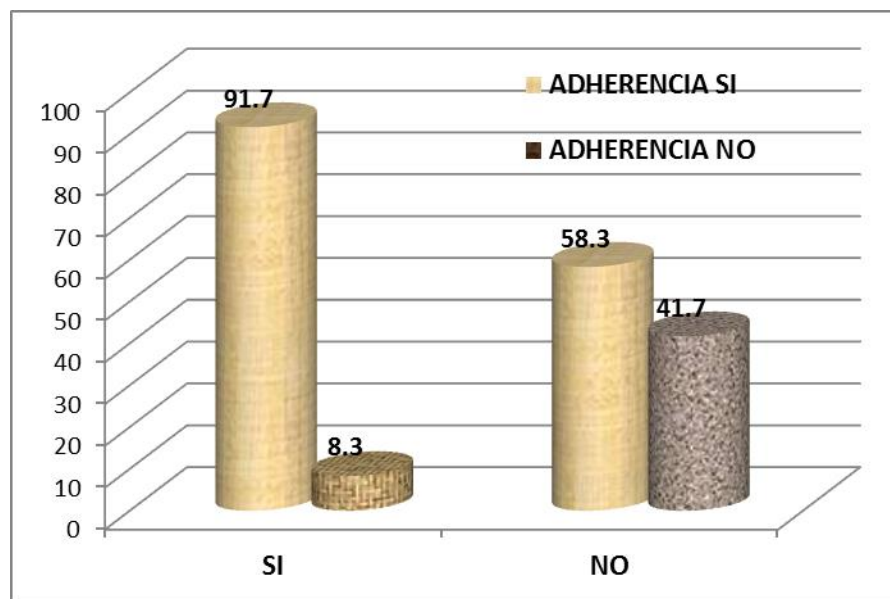
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

En la Tabla N° 10 se observa que los pacientes que presentaron mayor adherencia al tratamiento fueron los pacientes que si cumplen con la dieta indicada con un 92,7%. Los que no cumplen con la dieta presentaron una adherencia del 58,3%.

El P valor encontrado para la variable cumplimiento con la dieta indicada, nos indica que no existe relación entre esta variable y la adherencia al TARGA. (P > 0.05).

**GRAFICO N° 15**

**FACTORES DEL REGIMEN TERAPEUTICO SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA DIETA INDICADA ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR



**TABLA N° 11**

**FACTORES DEL REGIMEN TERAPEUTICO SEGÚN PERCEPCION DE MEJORIA EN SU SALUD ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

FACTORES DEL REGIMEN TERAPEUTICO		ADHERENCIA				Total		Prueba de chi <sup>2</sup> de Pearson
		SI		NO		N°	%	
		N°	%	N°	%			
CUANTO MEJORO SU SALUD CON EL TARGA	Nada	0	0%	0	0%	0	0%	Chi <sup>2</sup> :2,974 Gl:3 P valor: 0.396
	Poco	0	0%	0	0%	0	0%	
	Regular	19	67,8%	9	32,2%	28	100,0%	
	Bastante	46	82,2%	10	17,8%	56	100,0%	
	Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%	

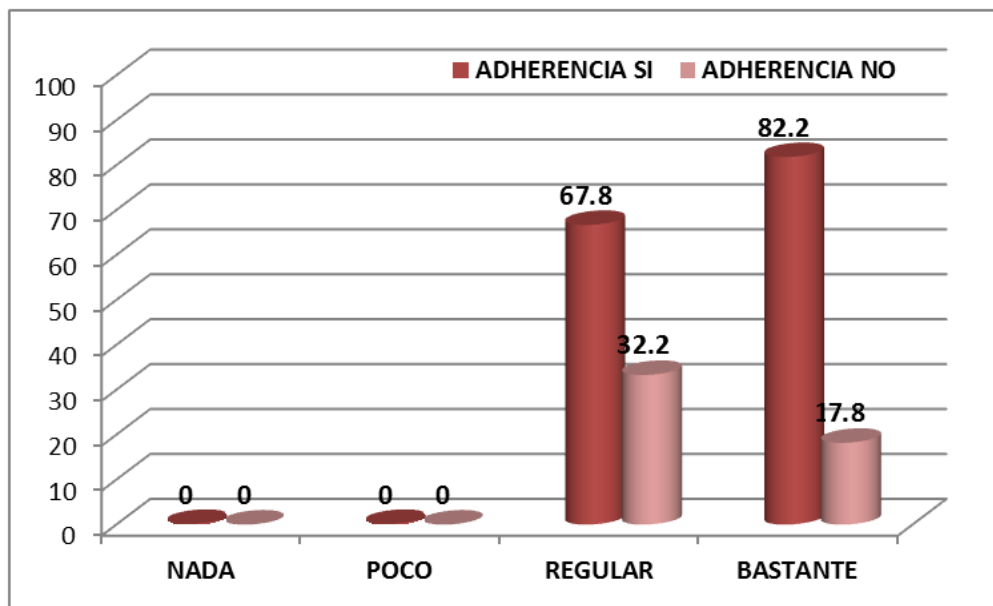
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

En la Tabla N° 11 se aprecia que el grupo de pacientes que presentaron mayor adherencia al tratamiento fue el grupo que percibió bastante mejoría en su salud después de iniciar TARGA con un 82,2%, seguido del grupo de pacientes que percibió regular mejoría con un 67,8%.

El P valor encontrado para esta variable, nos indica que no existe relación entre esta variable y la adherencia al TARGA. ( $P > 0.05$ ).

**GRAFICO N° 16**

**FACTORES DEL REGIMEN TERAPEUTICO SEGÚN PERCEPCION DE MEJORIA EN SU SALUD ASOCIADO A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**TABLA N ° 12**

**FACTORES RELACIONADOS AL EQUIPO ASISTENCIAL SEGÚN  
CONFIANZA EN EL PERSONAL, EVALUACION DE LA ATENCION DEL  
PERSONAL Y EXPLICACION ADECUADA SOBRE SU ENFERMEDAD  
ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL  
HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**

FACTORES RELACIONADO AL EQUIPO ASISTENCIAL		ADHERENCIA				Total		Prueba de chi <sup>2</sup> de Pearson
		SI		NO		N°	%	
		N°	%	N°	%			
TIENE CONFIANZA EN EL PERSONAL DE TARGA	SI	62	79,5%	16	20,5%	78	100,0%	Chi <sup>2</sup> :2,768 Gl:1 P valor: 0.096
	NO	3	50,0%	3	50,0%	6	100,0%	
	Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%	
EVALUACION DE LA ATENCION DEL PERSONAL	Buena	58	79,5%	15	20,5%	73	100,0%	Chi <sup>2</sup> :1,366 Gl:1 P valor: 0.242
	Regular	7	63,6%	4	36,4%	11	100,0%	
	Mala	0	0%	0	0%	0	0%	
	Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%	
PERSONAL EXPLICO FACILMENTE SOBRE SU ENFERMEDAD	Si	59	81,9%	13	18,1%	72	100,0%	Chi <sup>2</sup> :7,55 Gl:2 P valor: 0.023
	Más o menos	6	50%	6	50%	12	100,0%	
	No	0	0	0	0%	0	0%	
	Total	65	77,4%	19	22,6%	84	100,0%	

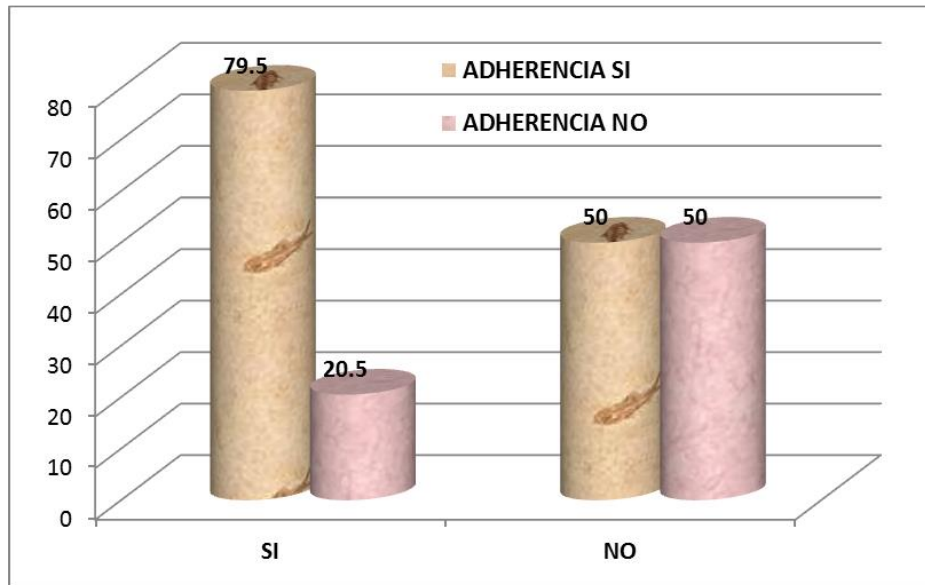
FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

En la Tabla N° 12 se observa que los pacientes que presentaron mayor adherencia al tratamiento fueron el grupo que refirió tener confianza en el personal de salud con un 79,5%. También podemos apreciar que respecto a la evaluación de la atención del personal de salud de TARGA el grupo que presentó mayor adherencia fue el grupo que refirió buena atención con un 79,5%. Además observamos que referente a si el personal de TARGA explicó adecuadamente sobre la enfermedad, el grupo que presentó mayor adherencia fue el que respondió que si con un 81,9%.

El P valor encontrado para la variable explicación adecuada acerca de la enfermedad, nos indica que si existe relación entre esta variable y la adherencia al TARGA. (P < 0.05).

**GRAFICO N° 17**

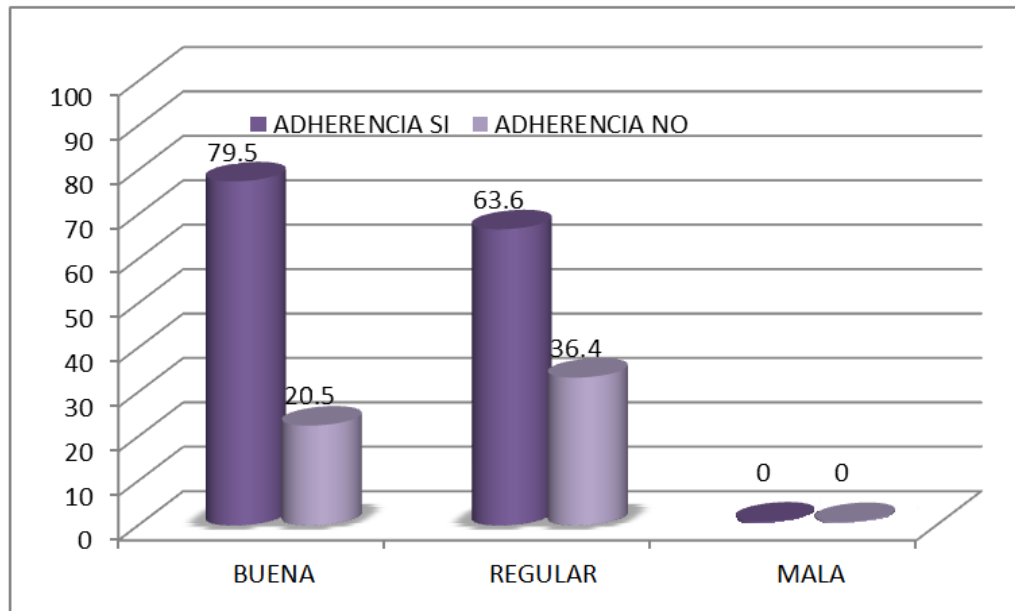
**FACTORES RELACIONADOS AL EQUIPO ASISTENCIAL SEGÚN  
CONFIANZA EN EL PERSONAL DE SALUD ASOCIADO A LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN  
PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**GRAFICO N° 18**

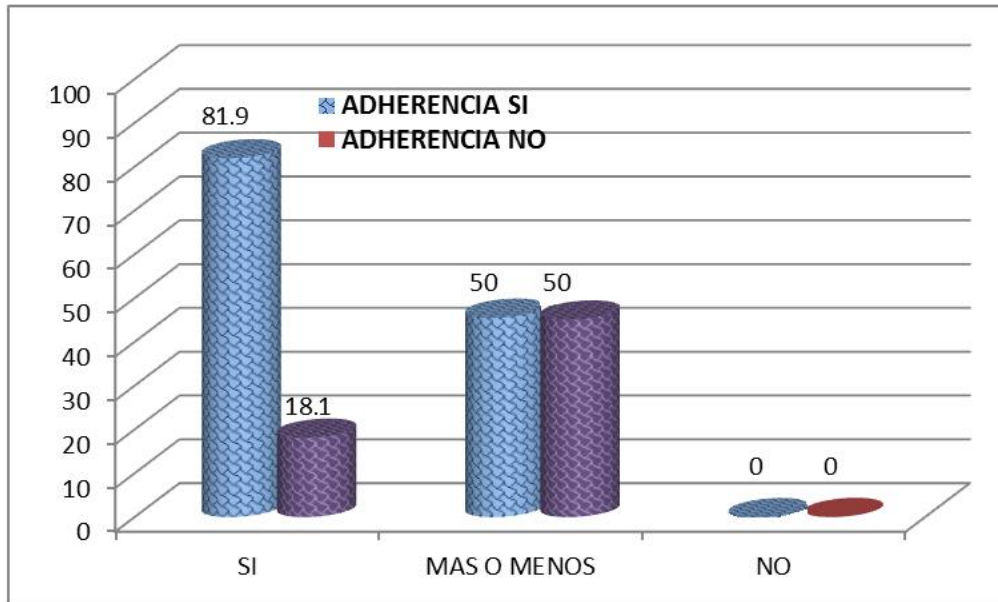
**FACTORES RELACIONADOS AL EQUIPO ASISTENCIAL SEGÚN  
EVALUACION DE LA ATENCION DEL PERSONAL ASOCIADO A  
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL  
EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

**GRAFICO N° 19**

**FACTORES RELACIONADOS AL EQUIPO ASISTENCIAL SEGÚN  
EXPLICACION ADECUADA SOBRE SU ENFERMEDAD ASOCIADO  
A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL  
EN PACIENTES CON VIH/SIDA, EN EL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2012**



FUENTE: ENCUESTA REALIZADA POR EL INVESTIGADOR

## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSIÓN**

La imperiosa necesidad de determinar la adherencia y los factores asociados al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en aquellos pacientes que viven con el VIH/SIDA ha sido el objeto de este estudio. Donde las decisiones racionales de las políticas de salud buscan fortalecer los procesos de prevención y tratamiento de las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS) cuyo objetivo es disminuir la transmisión de esta y mejorar la calidad de vida.

El TARGA, implementado desde 1996 en los países industrializados como tratamiento para PVVS, ha aumentado su tiempo de sobrevida, pese a sus altos costos y efectos secundarios. El tratamiento antirretroviral es la supresión profunda y duradera de la replicación viral. Las especiales características del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) determinan que cuando existen concentraciones subterapéuticas de los fármacos el VIH puede multiplicarse y desarrollar resistencias. Esto puede justificar el fracaso terapéutico, la posible transmisión de cepas resistentes y la utilización inadecuada de los recursos económicos. Por tanto, uno de los factores más importantes para conseguir unos niveles terapéuticos adecuados es la correcta adherencia terapéutica.

El concepto de atención humanizada en el campo del VIH/SIDA es amplio e involucra un conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas que buscan la promoción de estilos de vida saludable, la prevención de transmisión y complicaciones, el diagnóstico oportuno, y el tratamiento apropiado, garantizando un acercamiento entre los servicios de salud (equipos de salud) y la población en general, preservando la privacidad y la autonomía.

En el presente estudio se evaluó la adherencia de las PVVS y los factores asociados mediante variables, agrupándolas en seis grandes grupos los biológicos, los socio culturales, los psicológicos, los económicos, los relacionados al régimen terapéutico y los referentes al equipo asistencial.

Existen numerosos estudios que han abordado el tema de la adherencia a los antirretrovirales, aunque cabe mencionar que han sido realizados en poblaciones con características diversas. Se ha empleado diferentes diseños de estudio y se ha cuantificado la adherencia en forma variada, por lo que debemos tener en cuenta estas diferencias al analizarlos.

- En nuestro estudio se encontró una adherencia al TARGA de 77,4% del total de pacientes en estudio.

Óscar Alvis y Liz De Coll, en Lima, encontraron una adherencia de 64.1% y una no adherencia de 35,9%, la cual es similar a la mayoría de estudios transversales que emplean la autodeclaración del paciente asociado con el registro de dispensación o el recuento de comprimidos, para la valoración de la adherencia, cuyos resultados varían entre 55 y 71% de adherencia. Un estudio realizado anteriormente en esta misma población mostró una prevalencia de adherencia de 80.2%, la cual es mayor a la encontrada en este estudio. Esto puede deberse a que en ese estudio se evaluó la adherencia a los 6 meses de iniciado el tratamiento, por lo que al ser pacientes recién ingresados al programa tuvieron un mayor control de su terapéutica.

Andrés Vargas y Walter Flores, en Bolivia, encontraron que su estudio reveló que el 68% de las PVVS cumplen con la toma de medicamentos de manera adecuada. Este resultado puede deberse a las características de la población sujetas al estudio ya que el autor refiere que el tratamiento ARV en Bolivia,



está teniendo baja eficacia terapéutica debido a factores que dificultan la adherencia.

También, Sackett <sup>(52)</sup> manifiesta que las tasas de cumplimiento descritas en enfermedades crónicas varían del 0% al 90%, situándose la media en un 50%. En diversos estudios se considera aceptable un cumplimiento con más del 80%.

En tanto Urquhart, <sup>(53)</sup> menciona que el grado de cumplimiento necesario para obtener el máximo beneficio dependerá del régimen empleado, de la farmacocinética y farmacodinamia de cada uno de los agentes usados y de factores relacionados con el virus y el paciente.

- En nuestro estudio el mayor porcentaje de pacientes adherentes fueron de sexo masculino con un 83%. El grupo etáreo con mayor adherencia fue de pacientes de 36 a 49 años con un 81,1%.

Óscar Alvis y Liz De Coll, en Lima, encontraron que respecto a las variables estudiadas, no se encontró que la adherencia esté relacionada con la edad o el sexo del paciente. Sin embargo, la teoría establece que a mayor edad hay más probabilidad de ser adherente, definiéndose el ser joven como un factor de riesgo para ser no adherente, esto se ve contradecido por nuestro estudio ya que encontramos que el grupo que tuvo menos adherencia fueron los mayores de 65 años, lo cual quizá se deba a que por su avanzada edad no puedan cumplir adecuadamente con el régimen terapéutico.

En tanto Gloria Sepúlveda y Álvaro Mauricio, en Colombia, encontraron en su estudio que los hombres presentaron una mayor adherencia que las mujeres al igual que los participantes de edades entre 26 y 35 años, estos resultados se asemejan a los encontrados en nuestro estudio.

- En nuestro estudio los pacientes que presentaron mayor adherencia fueron los nacidos en Madre de Dios, Chiclayo y Cuzco todos con un 100% y los procedentes de Chiclayo también con un 100%.

Respecto a estas variables Óscar Alvis y Liz De Coll, en Lima, encontraron que de manera general las variables demográficas no tienen un rol determinante en la adherencia al tratamiento antirretroviral. Aunque cabe mencionar que en nuestro estudio la población nacida y procedente de Ilo fue la que mostró menores porcentajes de adherencia, lo cual podría explicarse por las características socioculturales de esa población.

En este estudio los pacientes divorciados presentaron mayor adherencia con un 100%, mientras que el grupo que presentó menor adherencia fueron los viudos con 63,6%.

Al respecto Debora Alcantara, en Lima, encontró que en su población de estudio los más adherentes fueron los solteros con 31.9%.

En tanto que Gloria Sepúlveda y Álvaro Mauricio, en Colombia, encontraron con respecto al estado civil, que el mayor porcentaje de no adherencia se encuentra en los solteros con 68%, datos contradictorios los obtenidos en ambos estudios. Respecto a este tema los autores no se han puesto de acuerdo aunque la mayoría apoya el hecho que el ser soltero es un factor positivo para una buena adherencia, ya que la carga familiar y las múltiples responsabilidades dificultan muchas veces el cumplimiento adecuado del tratamiento.

En nuestro estudio los pacientes con nivel de instrucción primario presentaron mayor adherencia con un 84,6%. Los que presentaron menor adherencia fueron el grupo de pacientes analfabetos con un 33,3%.

Déborá Alcántara, en Lima, encontró en su población de estudio que los más adherentes al tratamiento fueron los que contaban con secundaria completa.

En tanto que Carmen Bejarano y Gregorio Exzequiel, en Huánuco, encontraron respecto al grado de instrucción que los más adherentes fueron los que cuentan con grado de estudios secundarios. Datos que coinciden en ambos estudios, además cabe señalar que de manera general la teoría dice que habrá mejor adherencia a mayor grado de estudios, lo cual puede verse reflejado en el hecho que en nuestro estudio la población con menor adherencia fue la analfabeta con 33.3%.

Los pacientes que presentaron mayor adherencia al tratamiento fueron los que no se sintieron discriminados con un 80%.

En relación a esta variable Carmen Bejarano y Gregorio Exzequiel, en Huánuco, encontraron que el soporte social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia. Esto hace pensar que en personas indigentes, discriminadas y consumidores de drogas lograr una buena adherencia es una tarea muy compleja.

- En nuestro estudio encontramos que los pacientes en los cuales su estado de ánimo no influyó en la toma del tratamiento presentaron mejor adherencia con un 81,8%.

En referencia a este factor Óscar Alvis y Liz De Coll, en Lima, encontraron que algunas patologías de carácter psicológico tienen un papel importante en el cumplimiento de la adherencia; además que la ansiedad, la depresión y el estrés están asociados al incumplimiento en el tratamiento.

También Singh <sup>(55)</sup>, confirma que la depresión se observa con una frecuencia 7 veces superior en la población portadora de VIH/SIDA. Y además, por otro lado la adherencia al TARGA está marcadamente disminuida en pacientes con depresión.

Inclusive para Kalichman <sup>(56)</sup>, corrobora que los pacientes que enfrentan problemas emocionales (en especial, del tipo de los que se describen tradicionalmente en términos de estrés, ansiedad, depresión, miedo e impulsividad) son los que menos probabilidades tienen de cumplir el tratamiento en los porcentajes esperados.

- En nuestro estudio los pacientes profesionales presentaron el mayor porcentaje de adherencia al tratamiento con un 88,9%.

En tanto que Devora Alcantara, en Lima, encontró que el grupo de mayor adherencia fueron los que trabajan de manera independiente los cuales representan 30.8% del total de su población adherente.

Mientras que Carmen Bejarano y Gregorio Exzequiel, en Huánuco, encontraron en su población de estudio que 40,0% se dedican al trabajo independiente; le siguen el 30,0% ocupadas como ama de casa; el 20,0% se dedican a la agricultura y el 10,0% al trabajo público. Ambos trabajos coinciden en que las personas que laboran de manera independiente muestran una mejor adherencia, esto podría deberse a que por las características de su trabajo cuentan con un horario más flexible el cual les permite cumplir con mayor facilidad con el tratamiento. Estos resultados son similares a los nuestros ya que los pacientes que laboran de manera independiente ocupan el segundo lugar en nuestro estudio con una adherencia del 83,3%.

Además en nuestro estudio el grupo de pacientes con ingreso económico mayor a 1000 soles mostró mayor adherencia con un 85,7%.

Respecto a esta variable Devora Alcantara, en Lima, encontró en su población de estudio que el 41.8% no perciben ingreso económico alguno y el 58.2% si perciben algún ingreso. De los pacientes en estudio, el 23,1% manifiestan tener un ingreso mensual entre 200 a 400 soles, el 16,5% entre 500 a 700 soles y el 41.8% no respondieron a la pregunta. Datos que varían entre ambos estudios probablemente debido a las características económicas distintas de cada población. Referente a este punto un grupo de autores refiere que una mayor remuneración económica está asociada a una mejor adherencia, ya que esta brinda acceso a mejor calidad de servicios en salud y de vida.

- En nuestro estudio los pacientes que recibieron tratamiento por menos de 2 meses presentaron el mayor porcentaje de adherencia con un 100%, el grupo con menor adherencia fue el que se encuentra recibiendo tratamiento por más de 4 años con un 60,7%.

Respecto a esto Gordillo <sup>(51)</sup> encontró, que la tasa de adherencia en este tipo de pacientes, presenta una tasa de cumplimiento del 80,7% a las 3 semanas y del 60,4% a los 6 meses de seguimiento; los cuales son tasas similares a las obtenidas en otros estudios realizados con población infectada por VIH/SIDA. De manera general en la mayoría de estudios se encuentra que a mayor tiempo de tratamiento mayor riesgo de no adherencia, datos que concuerdan a los encontrados en nuestro estudio.

Los pacientes que refirieron tomar la medicación siempre a la hora establecida, presentaron el mayor porcentaje de adherencia con un 94,9%.

Respecto a esta variable la mayoría de estudios no la abordan como un factor asociado ya que en la mayoría de casos se encuentra inmersa en los instrumentos que se utilizan para determinar la adherencia en sí, en este caso se le trató también como factor asociado demostrando tener relevancia estadística en relación a la adherencia.

El grupo de pacientes que si cumplen con la dieta indicada presentaron mayor grado de adherencia con un 92,7%, los que no cumplen con la dieta indicada presentaron adherencia del 58,3%.

Referente a estos resultados Devora Alcántara, en Lima, encontró que del total de su población de estudio el 59,7% cumple con los requisitos alimentarios. En nuestro estudio encontramos que esta variable resultó tener relevancia estadística en su asociación a la adherencia al tratamiento.

- Los pacientes que refirieron tener confianza en el personal de salud presentaron mayor grado de adherencia con un 79,5%.

Respecto a esto Devora Alcántara, en Lima, encontró que en su población de estudio el 13,2% no tienen confianza en el personal que los atiende sin embargo el 86,3%, manifiestan su confianza.

En nuestro estudio el grupo de pacientes que evaluaron la atención del personal de salud como buena mostraron mayor porcentaje de adherencia con un 79,5%.

En relación a estos resultados Devora Alcántara, en Lima, encontró que el 85,7% manifiestan que el trato por parte del personal de salud del programa TARGA es buena y regular un 11%.

Carmen Bejarano y Gregorio Exzequiel, en Huánuco, encontraron con respecto a la atención del personal de TARGA que un 90,0% de los pacientes en estudio la calificaron como buena y el 10% restante como mala. En relación a estos resultados podemos señalar que son similares a los obtenidos en nuestro estudio, además que siempre una buena calidad de atención se va a ver reflejada en la adherencia de los pacientes, aunque en este caso no hayamos encontrado relevancia estadística.

Al respecto Altice <sup>(57)</sup>, afirma que la relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen de manera favorable. Determinados tipos de organización de la asistencia en que la relación médico-paciente queda diluida en un equipo asistencial impersonal sin referentes claros para el paciente pueden dificultar la adherencia.

Además encontramos que los pacientes que refirieron haber recibido una explicación adecuada sobre su enfermedad presentaron mejor adherencia con un 81,9%.

En relación a esto Altice <sup>(57)</sup> describe que probablemente los factores más importantes son el suministro de una información detallada, auténtica y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo. Disponer de personal especialmente motivado, con experiencia y conocimientos específicos, es imprescindible para conseguir un nivel óptimo de calidad asistencial.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES**

- El número total de pacientes adherentes al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2012 fue de 65 de los 84 pacientes, representando un 77,4%.
  
- El mayor porcentaje de pacientes adherentes fueron de sexo masculino con un 83%. El grupo etáreo con mayor adherencia se encuentra entre los pacientes de 36 a 49 años de edad con un 81,1%. Los pacientes que presentaron menor adherencia fueron los mayores de 65 años con 50%. Además los pacientes que no presentaron enfermedad previa al inicio del tratamiento antirretroviral fueron el grupo más adherente con un 83,3%. No se encontró relación estadística entre los factores biológicos y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2012.
  
- Los pacientes que presentaron mayor adherencia al fueron los nacidos en Madre de Dios, Chiclayo y Cuzco todos con un 100%, los que presentaron menor adherencia fueron los nacidos en Ilo con un 25%. Los pacientes que presentaron mayor adherencia fueron los procedentes de Chiclayo con un 100%, los que mostraron menor adherencia fueron los procedentes de Arequipa e Ilo ambos con 33,3%. El grupo que presentó menor adherencia fueron los viudos con 63,6%. El grupo de pacientes con nivel de instrucción primario presentaron mayor adherencia con un 84,6%. Los que presentaron menor adherencia fueron el grupo de pacientes analfabetos con un 33,3%. Los pacientes que presentaron mayor adherencia al tratamiento fueron los que no se sintieron discriminados con un 80%. No se encontró relación estadística



entre los factores socio culturales y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2012.

- El grupo de pacientes que presentó mayor porcentaje de adherencia, fue el grupo de que refirió que su estado de ánimo no influyo en la toma del tratamiento con un 81,8%. No se encontró relación estadística entre los factores psicológicos y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2012.
- Los pacientes que son profesionales presentaron el mayor porcentaje de adherencia al tratamiento con un 88,9%, el grupo que presentó menor adherencia fue el que no trabaja con un 60%. Además el grupo de pacientes con ingreso económico mayor a 1000 soles mostró mayor adherencia con un 85,7%, el grupo que presentó menor adherencia fueron los que perciben entre 300 a 500 soles con un 72,7%. No se encontró relación estadística entre los factores económicos y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2012.
- El grupo de pacientes que recibieron tratamiento por menos de 2 meses presentaron el mayor porcentaje de adherencia con un 100%, el grupo con menor adherencia fue el que se encuentra recibiendo tratamiento por más de 4 años con un 60,7%. Los pacientes que refirieron tomar la medicación siempre a la hora establecida presentaron el mayor porcentaje de adherencia con un 94,9%. El grupo de pacientes que si cumplen con la dieta indicada presentaron mayor grado de adherencia con un 92,7%, los que no cumplen con la dieta indicada presentaron adherencia del 58,3%. Los pacientes que percibieron bastante mejoría en su salud después de iniciar tratamiento presentaron mayor porcentaje de adherencia con un 82,2%. Se encontró relación estadística entre

los factores del régimen terapéutico referidos a la toma de medicación a la hora establecida y cumplimiento con la dieta indicada en relación a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2012.

- Los pacientes que refirieron tener confianza en el personal de salud presentaron mayor grado de adherencia con un 79,5%. El grupo de pacientes que evaluaron la atención del personal de salud como buena mostraron mayor porcentaje de adherencia con un 79,5%. Los pacientes que refirieron haber recibido una explicación adecuadamente sobre su enfermedad presentaron mejor adherencia con un 81,9%. Se encontró relación estadística entre el factor relacionado al equipo asistencial en relación a haber recibido una explicación adecuada sobre la enfermedad y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2012.

## **CAPÍTULO VIII**

### **RECOMENDACIONES**

- Los factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad deben seguir siendo investigados, ampliando las variables de estudio.
- Se sugiere continuar con las acciones para el mejoramiento y fortalecimiento de la adherencia en los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad por parte de todo el equipo multidisciplinario sobre todo en los grupos de estudio que presentaron menor adherencia.
- Fortalecer la relación médico paciente haciendo énfasis en una adecuada concientización e información al paciente respecto a la patología que padece.
- Realización de visitas domiciliarias inopinadas para verificar el cumplimiento adecuado del tratamiento indicado.
- Fomentar en los pacientes la utilización de algún método de alerta el cual les favorezca a cumplir adecuadamente con los horarios de su esquema de tratamiento.
- Se sugiere evaluar las variables correspondientes a la encuesta de factores asociados, eliminando variables que aportan poca relevancia en cuanto adherencia e incluyendo nuevas variables que ayuden a obtener datos mas fidedignos.

## BIBLIOGRAFIA

1. UNAIDS/WHO .Report on the global HIV/AIDS epidemic 2009.
2. <http://www.forovihsida2007.gov.ar/>
3. <http://www.forovihsida2007.gov.ar/>
4. [http://www.data.unaids.org/pub/GlobalReport/2007/2007\\_GRCH02\\_enp](http://www.data.unaids.org/pub/GlobalReport/2007/2007_GRCH02_enp)
5. <http://www.visionmundial.org/>
6. Documento Técnico: Consejería en ITS/VIH Y SIDA RM N° 264-2009/MINSA 1era Edición, Junio 2010. Lima-Perú.
7. Sepkowitz KA. AIDS – the first 20 years. NEJM 2001; 344(23): 1764-72.
8. UNAIDS 2007. AIDS epidemic update: December 2007. Geneva, Switzerland.
9. ONUSIDA. Terapia Antirretrovírica para la Prevención de la Infección por el VIH en Adultos y Adolescentes: Recomendaciones para un enfoque basado en la Salud Pública 2009.
10. ONUSIDA (2008) Informe sobre la epidemia mundial del sida. Ginebra: ONUSIDA – OMS.

11. Sanchez J, Lama JR, Kusunoki L, Manrique H, Goicochea P, Lucchetti A, Rouillon M, Pun M, Suarez L, Montano S, Sanchez JL, Tabet S, Hughes JP, Celum C. HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;44(5):578-85.
12. Cáceres CF, Mendoza W. Monitoring trends in sexual behaviour and HIV/STIs in Peru: are available data sufficient? *Sex Transm Infect* 2004;80 Suppl 2:ii80-4.
13. Dirección General de Epidemiología del MINSA. Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual Diciembre 2006.
14. Cáceres CF, Rosasco AM. The margin has many sides: diversity among gay and homosexually active men in Lima. *Cult Health Sex* 1999;1(3):261-75.
15. Johnson, K. A.; Alarcon, J. et al (2003) Sexual networks of pregnant women with and without HIV infection. *AIDS* 2003, 17:605–612. Washington: Lippincott Williams & Wilkins.
16. Dirección General de Epidemiología, Boletín Electrónico, Diciembre de 2009.
17. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico mensual Lima, abril 2010.
18. <http://www.sfaf.org/informaciondelVIH/etapas.html>.

19. <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/queesSidaVih.htm>.
20. Guía Nacional de Atención Integral de la Persona Viviendo con el VIH/SIDA. Ministerio de Salud. 2da Edición Junio 2006.
21. UPCH: Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt. Programa de capacitación a Equipos Multidisciplinarios encargados de la Atención Integral y Tratamiento Antirretroviral en PVVS. Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y control del VIH/SIDA y la TBC en el Perú. Lima-Perú. 2007.
22. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud; 2004. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>.
23. Haynes RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
24. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. American Journal of Cardiology, 1993, 72:68D-74D.
25. Documento de consenso de Gesida y PNS sobre el tratamiento antirretroviral del adulto (enero2010). Disponible en: [http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcyr2010\\_DocconsensoTARGESIDA-PNS-verpc.pdf](http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcyr2010_DocconsensoTARGESIDA-PNS-verpc.pdf).

26. Knobel H, Polo R, Escobar I, (Coordinadores). Recomendaciones Gesida/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral (Actualización junio de 2008).
27. Ho DD et al. Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV-1 infection. *Nature*, 1995, 373:123–126.
28. Perelson AS et al. HIV-1 dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time. *Science*, 1996, 271:1582–1586.
29. Wood E, Hogg RS, Yip B, Harrigan PR, O’Shaughnessy MV, Montaner JS. The impact of adherence on CD4 cell count responses among HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 35(3):261-268.
30. Garcia de Olalla P, Knobel H, Carmona A, Guelar A, Lopez-Colomes JL, Cayla JA. Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 30(1):105-110.
31. Bangsberg DR. Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. *Clin Infect Dis* 2006; 43(7):939-941.
32. Maggiolo F, Ravasio L, Ripamonti D, Gregis G, Quinzan G, Arici C et al. Similar adherence rates favor different virologic outcomes for patients treated with nonnucleoside analogues or protease inhibitors. *Clin Infect Dis* 2005; 40(1):158-163.

33. Knobel H, Urbina O, Gonzalez A, Sorli ML, Montero M, Carmona A et al. Impact of different patterns of nonadherence on the outcome of highly active antiretroviral therapy in patients with long-term follow-up. *HIV Med* 2009; 10(6):364-369.
34. Boden D et al. HIV-1 drug resistance in newly infected individuals. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:1135–1141.
35. Little SJ et al. Antiretroviral drug susceptibility and response to initial therapy among recently HIV-infected subjects in North America. En: *Program and Abstracts of the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*. Alexandria, VA, Foundation for Retrovirology and Human Health, 2001:273.
36. Parienti JJ, Das-Douglas M, Massari V, Guzman D, Deeks SG, Verdon R et al. Not all missed doses are the same: sustained NNRTI treatment interruptions predict HIV rebound at low-to moderate adherence levels. *PLoS ONE* 2008; 3(7):e2783.
37. Maggiolo F, Airoidi M, Kleinloog HD, Callegaro A, Ravasio V, Arici C et al. Effect of adherence to HAART on virologic outcome and on the selection of resistance-conferring mutations in N. *HIV Clin Trials* 2007; 8(5):282-292.
38. Argimon Pallas JM, Jiménez Villa J, Validación de cuestionarios. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. 2nd ed. Madrid: Harcourt 2000; 167-75.



39. Knobel H. Cómo y por qué debe monitorizarse la adherencia al tratamiento antirretroviral en la actualidad. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20 (10):481-3.
40. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 1999, 21:1074-1090.
41. MINSA. Norma Técnica para la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA en adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana. Perú. 2004.
42. Stone V. Strategies for optimizing adherence to highly active antirretroviral therapy. Lessons from research and clinical practice. *Clinical Infectious Diseases*. 2001,33: 865-872.
43. Halkitis P. et al. Characteristics of HIV Antirretroviral treatments and Adherence in an ethnically- diverse sample of men who have sex with men. *AIDS Care*, 2003 Feb 15(1):89-102
44. Chesney M et al. Self-reported adherence to antirretroviral medications among participants in HIV Clinical trials: the AACTG Adherence Instruments. *AIDS Care*, 2000, 12:255-266.
45. <http://www.insp.mx/saludindex.html>.
46. Paterson et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 2000, 133:21-30

47. Armiño M et al. Clinical outcome and predictive factors of failure of highly active antiretroviral HIV-1 infection. *AIDS* 1998; 12: 1631-37.
48. Griffith B. Review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. 1990; 40: 114-6
49. Eldred L et al. Adherence to Antiretroviral and pneumocystis prophylaxis in HIV disease. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndromes*, 1998, 18:117-125.
50. OMS. Prevención del SIDA mediante el fomento de la Salud: Cuestiones delicadas. Ginebra. 2000
51. Gordillo V, del Amo J, Soriano V, González-Lahoz J. Sociodemográficos y las variables psicológicas que influyen en la adhesión a la terapia del antiretroviral. *AIDS*, 2007; 13: 1763-9.
52. Sackett DL, Snow JC. La magnitud de complacencia e incumplimiento. En: Sackett DL, Haynes RB, editores. *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2003. p. 11-27.
53. Urquhart J, Blaschke TF. La complacencia con los tratamientos del anti-VIH. *Los problemas prácticos en VIH y SIDA*. 2005; 7: 1-8.
54. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (DHHS) y Fundación Henry J. Kaiser Family. *Las pautas para el Uso de Agentes de Antiretroviral en los Adultos Infectados con HIV y Adolescentes*. 2007.

55. Singh N, Squier C, Silvek C, Wagener M, Nguyen MH, Yu VL. Determinantes de complacencia con la terapia del antiretroviral en el paciente con el virus de la inmunodeficiencia humano: la valoración probable con las implicaciones por reforzar la complacencia. *AIDS Care* 2007; 8: 261-9.
  
56. Kalichman SC, Catz S, Ramachandran B. Las barreras al tratamiento de HIV/AIDS y adhesión del tratamiento entre los adultos afroamericanos. *JAMA*. 2009; 91: 439–46.
  
57. Altice FL, Friedland GH. La era de Adhesión a la Terapia de VIH. *Ann Intern Med* 2006; 129: 503-5.

# ANEXO

## CUESTIONARIO DE ADHERENCIA

1. Alguna vez ¿Olvida tomar su medicación?

Si	
No	

2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?

Si	
No	

3. Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal?

Si	
No	

4. ¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?

Si	
No	

5. En la última semana ¿Cuántas veces no tomo alguna dosis?

A: Ninguna	
B: 1 – 2	
C: 3 – 5	
D: 6 – 10	
E: Mas de 10	

6. Desde la última visita (consulta) ¿Cuántos días completos no tomo la medicación?

Respuesta en días:	
--------------------	--

---

ADHERENTE		Este último cuadro será llenado por el encuestador
NO ADHERENTE		

## CUESTINARIO DE FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA

### I. FACTORES BIOLÓGICOS:

1.1. Edad : .....

1.2. Sexo : .....

1.3. ¿Sufría de alguna enfermedad antes de ser diagnosticado con el VIH/SIDA?

Si	1
No	2

Si su respuesta fue si, ¿Qué enfermedad? .....

### II. FACTORES SOCIO – CULTURALES:

2.1. Lugar de Nacimiento : .....

2.2. Lugar de Procedencia : .....

2.3. ¿Cuál es su Estado Civil?

Soltero	1
Casado	2
Divorciado	3
Conviviente	4
Viudo	5

2.4. ¿Cuál es su Grado de Instrucción?

Analfabeto	1
Primaria	2
Secundaria	3
Superior	4

2.5. Alguna vez usted ¿Se ha sentido discriminado por su diagnóstico de VIH?

Si	1
No	2

### III. FACTORES PSICOLÓGICOS

3.1. ¿Su estado de ánimo ha influido o influye en el cumplimiento en la toma de su tratamiento antirretroviral?

Si	1
No	2

#### IV. FACTORES ECONOMICOS

4.1. ¿Cuál es su ocupación?

Profesional	1
Independiente	2
Obrero	3
Su casa	4
No trabaja	5
Otros	6

4.2. ¿Cuánto es su ingreso económico mensual?

< de s/. 300.00	1
s/. 300.00 a s/. 500.00	2
s/. 501.00 a s/ 1000.00	3
> de s/. 1000.00	4

#### V. ASPECTOS DEL REGIMEN TERAPEUTICO

5.1. ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo TARGA?

Menos de 2 meses	1
De 3 meses a 11 meses	2
De 1 a 2 años	3
De 3 a 4 años	4
Más de 4 años	5

5.2. ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora establecida?

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Nunca	4

5.3. ¿Usted cumple con la dieta indicada para su alimentación?

Si	1
No	2

En el caso que su respuesta fuera negativa, diga usted ¿Cuál fue el motivo?

La economía no me alcanza para cumplir con el régimen alimentario	1
No dispongo de tiempo para preparar los alimentos indicados	2
Me alimento en una pensión	3
Otros	4

5.4. ¿Cuánto ha mejorado su salud desde que empezó a tomar los Antirretrovirales?

Nada	1
Poco	2
Regular	3
Bastante	4

## VI. FACTORES RELACIONADOS AL QUIPO ASISTENCIAL

6.1. ¿Usted tiene confianza en el personal de salud que lo atendió?

Si	1
No	2

6.2. ¿Cómo evaluaría la atención del profesional de salud que labora en el consultorio TARGA?

Buena	1
Regular	2
Mala	3

6.3. ¿El personal que lo atendió le explico con palabras fáciles de entender acerca de su enfermedad?

Si	1
Más o Menos	2
No	3