



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON
VIH/SIDA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ
BUTRÓN PUNO, 2015 -2020**

PRESENTADA POR:

BILMA FRANCISCA VALDEZ GALLEGOS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN: LABORATORIO CLINICO Y BIOLOGICOS

PUNO, PERÚ

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO – PUNO
FACULTAD DE CIENCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN LABORATORIO CLINICO
Y BIOLÓGICOS

TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON
VIH/SIDA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ
BUTRÓN PUNO, 2015 -2020**

PRESENTADA POR:

Lic BILMA FRANCISCA VALDEZ GALLEGOS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN: EN LABORATORIO CLÍNICO Y BIOLÓGICOS

APROBADO POR:

PRESIDENTE

Dra. Vicky Cristina Gonzales Alcos

PRIMER MIEMBRO

Mg. Ciria Ivonne Trigos Rondón

SEGUNDO MIEMBRO

Mg. Dante Mamani Sairitupac

DIRECTOR/ASESOR

Dra. María Trinidad Romero Torres

Área: Biomédicas

Línea: Ciencias de la Salud

Sub línea: Diagnostico y Epidemiología

Tema: Factores asociados a la adherencia del tratamiento antirretroviral de gran actividad

Puno 06 de junio de 2022.



DEDICATORIA

A DIOS por las oportunidades que me ha concedido
en esta vida

A mis hijos Priscila y José por el apoyo que me
han brindado durante este tiempo



AGRADECIMIENTO

Al Hospital Regional por haberme brindado las facilidades para el desarrollo de la presente tesis.

A mi directora Dra. María Trinidad Romero Gutiérrez por sus enseñanzas y dedicación a esta tesis

Al asesor de tesis Dr. Fredy Passara Zevallos, por su guía y contribuciones en el presente trabajo de investigación



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. MARCO TEÓRICO	2
1.2. ANTECEDENTES.....	11

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	16
2.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	17
2.3. JUSTIFICACIÓN.....	17
2.4. OBJETIVOS:.....	18
2.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	18
2.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
2.5. HIPÓTESIS	18
2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	18
2.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICOS:.....	18

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 LUGAR DE ESTUDIO	19
3.2 POBLACIÓN	19
3.3 MUESTRA.....	19
3.4 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	20
3.5. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE MÉTODOS POR OBJETIVOS.....	23



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TARGA EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL REGIONAL “MNB” DE PUNO.	26
4.2. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TARGA EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL REGIONAL “MNB” DE PUNO.....	34
CONCLUSIONES	39
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	48



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Esquemas para el Tratamiento Antirretroviral de la infección por VIH	5
Tabla 2. Resultados de Alfa Cronbach, sobre la muestra piloto.....	22
Tabla 3. Operacionalización de variables.	23
Tabla 4. Factor socio demográfico edad asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.	26
Tabla 5. Factor sociodemográfico sexo asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.	28
Tabla 6. Factor sociodemográfico estado civil asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.	30
Tabla 7. Factor sociodemográfico nivel de estudios asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.	32
Tabla 8. Reacciones adversas a medicamentos asociados a la adherencia del TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.	34
Tabla 9. Adherencia del TARGA en pacientes con VIH de Hospital Regional “MNB” de Puno	36



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Factor socio demográfico edad asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.	26
Figura 2.	Factor sociodemográfico sexo asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno	28
Figura 3.	Factor sociodemográfico estado civil asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.	30
Figura 4.	Factor sociodemográfico nivel de estudios asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.....	33
Figura 5.	Reacciones adversas a medicamentos asociados a la adherencia del TARGA en pacientes con VIH de Hospital Regional “MNB” de Puno.....	35
Figura 6.	Adherencia del TARGA en pacientes con VIH de Hospital Regional de Puno	37



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado	48
Anexo 2. Cuestionario para la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH).....	49
Anexo 3. Base de datos.....	52
Anexo 4. Codificación de respuestas del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH).....	53
Anexo 5. Valoración de la Adherencia al tratamiento.....	54
Anexo 6. Factor socio demográfico edad asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno.....	54
Anexo 7. Factor socio demográfico sexo asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno.....	55
Anexo 8. Factor sociodemográfico estado civil asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.	55
Anexo 9. Factor sociodemográfico nivel de estudios asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH de Hospital Regional “MNB” de Puno.....	56
Anexo 10. Reacciones adversas a medicamentos asociados a la adherencia del TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.....	56
Anexo 11. Validación de instrumento por juicio de expertos	57
Anexo 12. Prueba piloto “Alfa Cronbach”	61
Anexo 13. Solicitud de autorización a la institución para llevar a cabo la investigación	63
Anexo 14. Oficio de respuesta para la ejecución de la investigación por la institución.	64
Anexo 15. Fotos de la ejecución del trabajo de investigación.....	65



RESUMEN

El incumplimiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad por pacientes con VIH, es la causa principal del fracaso terapéutico. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, en el periodo del 2015 a 2020. **Métodos:** La investigación fue de tipo retrospectivo, transversal y analítico. La metodología se desarrolla en pacientes con VIH/SIDA, en una muestra de 75 pacientes mayores de 18 años, que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Para obtener los datos sociodemográficos: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil y efectos adversos a medicamentos, se utilizó como fuente las historias clínicas. Asimismo, se aplicó un cuestionario de evaluación de la adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) validado en el Perú. **Resultados:** El mayor porcentaje de pacientes se encuentran en el grupo etario de 20 a 39 años (49,3% y 33,3%), el 89,3% de sexo masculino, 77,3% solteros y 60% con educación superior. El 57,3% de pacientes resultaron ser no adherentes y 42,7% adherentes. Los factores de riesgo asociados a la no adherencia fueron: La edad con $p=0,006$ y OR: 6,061, IC 95%: 1,508-24,360; estado civil con $p:0,017$ y OR: 3,981, IC 95%: 1,219-13,006 y las reacciones adversas con $p: 0,036$ y OR: 7,778, con IC95%: 0,861-790,250. **Conclusiones:** Los factores sociodemográficos edad, estado civil y los efectos adversos se asocian significativamente a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA.

Palabras clave: Adherencia, factores, TARGA, VIH, SIDA



ABSTRACT

Non-adherence to highly active antiretroviral treatment by patients with HIV is the main cause of treatment failure. **Objective:** To determine the factors associated with adherence to highly active antiretroviral treatment in patients with HIV/AIDS at the Manuel Núñez Butrón Puno Regional Hospital, from 2015 to 2020. **Methods:** The research was retrospective, transversal and analytical. The methodology is developed in patients with HIV/AIDS, in a sample of 75 patients over 18 years of age, receiving highly active antiretroviral treatment (HAART). To obtain sociodemographic data: age, sex, level of education, marital status and adverse drug effects, the medical records were used as a source. Likewise, a questionnaire to assess adherence to Antiretroviral Treatment (CEAT-HIV) validated in Peru was applied. **Results:** The highest percentage of patients are in the age group of 20 to 39 years (49.3% and 33.3%), 89.3% male, 77.3% single and 60% with higher education. The 57.3% of patients turned out to be non-adherent and 42.7% adherent. The risk factors associated with non-adherence were: Age with $p=0.006$ and OR: 6.061, 95% CI: 1.508-24.360; marital status with $p: 0.017$ and OR: 3.981, 95% CI: 1.219-13.006 and adverse reactions with $p: 0.036$ and OR: 7.778, with 95% CI: 0.861-790.250. **Conclusions:** The sociodemographic factors age, marital status and adverse effects are significantly associated with non-adherence to highly active antiretroviral treatment in patients with HIV/AIDS.

Key words: Adherence, factors, HAART, HIV, AIDS.



INTRODUCCIÓN

La principal preocupación en el control del VIH, es lograr que los pacientes sean adherentes a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), sin embargo, con frecuencia los pacientes incumplen con este tratamiento, exponiéndose a la resistencia farmacológica, una mala reconstitución inmunológica y mayor probabilidad de muerte, por la no adherencia al TARGA (Uriza *et al*, 2020)

En Puno, según el registro nominal de pacientes en TARGA al año 2020 abandonaron el tratamiento el 15% de los pacientes, actualmente la no adherencia presenta un porcentaje elevado que asciende al 57,3%; a pesar que este tratamiento es gratuito otorgado por el Ministerio de Salud; de esta situación no existen estudios a nivel regional, que permitan conocer los factores asociados a la no adherencia.

En tal sentido para lograr la adherencia efectiva al tratamiento, es importante evaluar los factores que limitan el cumplimiento del régimen terapéutico, en función a estos resultados se puedan realizar las medidas correctivas y estratégicas: por tanto, este estudio se encuentra dentro del área Biomédicas, en la línea de investigación Ciencias de la Salud de los programas de la Escuela de Posgrado, con el propósito de generar información sobre los factores sociodemográficos asociados a la adherencia del tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

El presente estudio se encuentra estructurado en IV. Capítulos, que a continuación se detallan:

Capítulo I: Corresponde a la información sobre la revisión del marco teórico y los antecedentes de estudio.

Capítulo II: Comprende el planteamiento del problema, donde se especifica la identificación del problema, enunciados del problema, justificación, objetivos e hipótesis

Capítulo III: Abarca material y métodos, donde se detalla el lugar de estudio, población, muestra, método de investigación y descripción detallada de métodos por objetivos específicos.

Capítulo IV: Contiene los resultados y discusión, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.



CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Mandell, *et al.* (2016), el virus de la inmunodeficiencia humana es un Lentivirus, de la familia Retroviridae, que provoca el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Existen, dos tipos: el VIH-1 y el VIH-2; el VIH-1 es el que posee mayor patogenicidad y de distribución más amplia en todo el mundo.

Es un retrovirus que infecta a las células del sistema inmunitario de las personas y puede transmitirse fácilmente por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales de una persona portadora del VIH, por la transfusión de sangre e instrumentos punzo cortantes contaminados o por el uso compartido de jeringas.

El genoma del VIH está conformado por dos moléculas de ARN de cadena simple y posee 3 genes: gag, pol y env, genes que codifican los principales componentes estructurales y funcionales, cuyo ordenamiento es:

- gag: p55, p40, p24 (core); p17 (matríz); p7 (nucleocápside).
- pol: p66, p51 (transcriptasa reversa), p11 (proteasa) y p32 (integrasa).
- env: gp120 (glicoproteína externa) y gp41 (transmembrana) derivada de la glicoproteína precursora (gp160).

La antigenicidad de estos componentes es la base para la detección de anticuerpos en casi todas de pruebas de laboratorio en la detección del VIH. El virus posee las enzimas transcriptasa reversa, proteasa, ribonucleasa e integrasa para su replicación.

1.1.2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

La OMS (2020), refiere que es un término aplicado a los estadios más avanzados de la infección por VIH, que está asociada a alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. La infección produce un daño progresivo del sistema inmunitario con la consiguiente inmunodeficiencia convirtiéndolo en deficiente e incapaz de realizar la función de defensa frente a las múltiples infecciones y enfermedades.

Según el MINSA (2019), afirma que el virus de la inmunodeficiencia humana no es posible que se transmita mediante contactos ordinarios cotidianos como apretones de manos, abrazos, besos o por compartir objetos personales de una persona infectada. La



transmisión del virus es a través del intercambio de líquidos biológicos de una persona infectada con el virus, como son las secreciones vaginales, sangre, leche materna y por transmisión vertical de la madre al hijo durante el embarazo y el parto.

1.1.3. Estadísticas mundiales sobre el VIH

Según la OPS (2019), se estima que 3,7 millones de personas tendrían VIH en las Américas, 2,1 millones en América Latina y 330 mil en el Caribe. Además, se señala que aproximadamente 1.3 millones de personas con VIH estaban recibiendo tratamiento antirretroviral (TARGA) en América Latina y 210 mil en el Caribe, lo que representa un 60% de cobertura de TARGA entre todas las personas que viven con VIH en América Latina y 63 % en el Caribe.

1.1.4. El riesgo de contagiarse con el VIH es:

- 22 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- 22 veces mayor entre las personas que se administran drogas.
- 21 veces mayor para los/las trabajadores/as sexuales.
- 12 veces mayor en las personas trans-género (ONUSIDA, 2019)

1.1.5. VIH /SIDA en el Perú.

- 115 797 casos acumulados de VIH al mes de junio
- 41 684 casos de sida.
- 52 649 en TARGA (MINSa, 2018).

La proporción de casos de VIH es 3,7 hombres por una mujer y para los casos de SIDA fue de 4,5 hombres por una mujer (MINSa, 2018).

En el departamento de Puno, según Sala Situacional VIH/SIDA del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades del Ministerio de Salud, el número de casos de infección por VIH notificados es de 498, con fecha de actualización de reporte 2 de diciembre de 2020.

1.1.6. Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)

Según Villa & Vinaccia (2006), establecen que para el tratamiento del VIH en sus inicios se aplicó la monoterapia que consistía en el uso del inhibidor de la transcriptasa



inversa la zidovudina, también conocido como AZT, ante su ineficacia y la aparición de la resistencia a este fármaco, fue necesario aplicar otros fármacos para reducir la carga viral. En el año 1996, con la aparición de un nuevo antirretroviral denominado inhibidor de proteasa inversa, enzima responsable de la replicación del virus dentro del linfocito y combinado con el primer fármaco, se constituyó en la terapia de gran actividad llamado TARGA.

Caluwaerts *et al.* (2009), afirman que el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), se viene ofertando en forma gratuita por el MINSA a personas seropositivas desde hace 8 años; a pesar que su adherencia no es tan alta, ha contribuido a la disminución de la morbi - mortalidad de esta enfermedad, convirtiéndola en una enfermedad crónica y tratable. El uso muy activo del TARGA, ha ido fundamentalmente alterando el curso de la enfermedad, reduciendo la progresión de la infección por VIH e incrementando la supervivencia del paciente (Bazán, Chanamé & Maguiña, 2013).

La OMS (2016), publicó nuevas directrices unificadas sobre el VIH, destinadas a proporcionar orientación respecto a la atención de las personas, uso de los antirretrovirales y prevención de las infecciones. Señala también que cuando el paciente sea diagnosticado con VIH-positivo se deberá iniciar inmediatamente con el tratamiento independientemente del estadio clínico o recuento de linfocitos T-CD4 y lograr que el tratamiento sea de forma continua con el objetivo de reducir las concentraciones de virus a niveles bajos.

ONUSIDA (2019), sostiene que el riesgo de transmisión a una pareja sexual seronegativa se reduce en un 96% si la pareja que vive con el VIH está bajo tratamiento antirretrovírico. La persona que es seropositiva y que está en tratamiento tiene la misma esperanza de vida que otra persona seronegativa de su misma edad. Se debe iniciar con el tratamiento antirretrovírico, apenas sea diagnosticada la persona como portadora del VIH y no esperar que se presente los síntomas de la enfermedad.

El MINSA (2019), señala que el tratamiento antirretroviral (TARGA) contribuye a retrasar la progresión clínica, a disminuir los ingresos hospitalarios, los costos asociados y aumentar significativamente la supervivencia.

Según la OPS (2020), afirma que la terapia antirretroviral es el tratamiento de las



personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con fármacos anti VIH. El tratamiento combinado de medicamentos conocido como TARGA suprime la replicación de VIH para aumentar la potencia y reducir la probabilidad de desarrollar resistencia, reduce la morbi-mortalidad entre las personas seropositivas, y mejora su calidad de vida. La indicación del inicio del tratamiento, en toda persona seropositiva, es independientemente del estadio clínico y/o su recuento de linfocitos TCD4 y carga viral.

El TARGA, es un tratamiento combinado con beneficios para los pacientes seropositivos: disminuye su morbimortalidad, mejora su calidad de vida, reduce el contagio a otras personas.

ONUSIDA (2020), menciona que con la ampliación de la terapia antirretroviral millones de vidas se han salvado y prevenido nuevas infecciones por el VIH. En la actualidad en el mundo existen 38 millones de personas portadores del VIH, de las cuales 12,6 millones de personas no tuvieron acceso al TARGA y 690,000 personas murieron con enfermedades relacionadas al SIDA.

Conforme la Norma Técnica del Ministerio de Salud respecto a la Atención Integral del Adulto con VIH (2020), el ingreso al TARGA, es voluntario y con consentimiento informado de los pacientes. Al paciente se le deberá informar sobre los beneficios del tratamiento y riesgos de no recibirlo oportunamente. Para pacientes nuevos los esquemas de tratamiento antirretroviral están basados en la combinación de dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR), más un tercero, el cual debe elegirse de acuerdo a los siguientes criterios:

Tabla 1. *Esquemas para el Tratamiento Antirretroviral de la infección por VIH*

Esquema de primera línea para el tratamiento antirretroviral de la infección por VIH	
Esquema de elección	Dosis
Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg/ Dolutegravir 50mg	1 Tableta en DFC cada 24 horas

Si el uso del esquema de elección está contraindicado o si se presentan eventos adversos relacionados al uso de Dolutegravir, el esquema alternativo será:



Tenofovir 300mg/ Lamivudina 300mg/ Efavirenz 400mg
o
1 Tableta en DFC
cada 24 horas.

Tenofovir 300mg/ Entricitabina 200mg/ Efavirenz 600mg

Esquemas de segunda línea recomendados

Esquemas Triples	Fuente
TDF/FTC (o TDF+3TC) + DRV/rtv (o DRV + rtv)	Estudio ODIN, TITAN
TDF/FTC (o TDF+3TC) + RAL	Estudio BENCHMARK – 1, BENCHMARK - 2
TDF/FTC (o TDF+3TC) + ETV	Estudio TMC 125-C227
TDF/FTC (o TDF+3TC) + ATV/rtv	Estudio 045
TDF/FTC (o TDF+3TC) + LPV/rtv	Estudio M05 - 730
DRV/r + RAL + ETV	Estudio TRIO
TDF/FTC (o TDF+3TC) + DTG	Estudio DAWING, para pacientes que fallan a ABC/3TC o AZT/3TC + EFV
AZT/3TC + DGT	OMS 2019
Esquemas Duales	
LPV/rtv + RAL	Estudio SECOND LINE, EARNEST, A5373 SELECT STUDY

Fuente: Norma Técnica del Ministerio de Salud.

1.1.7. Adherencia al tratamiento

Guerra & Parras (2000), la adherencia al TARGA, es el resultado del cumplimiento del tratamiento prescrito contra el VIH/SIDA, donde el paciente pone en práctica las indicaciones terapéuticas del TARGA con actitud positiva, compromiso activo, para evitar la mala adherencia a los antirretrovirales y que comprenda los beneficios que trae consigo el consumo de los fármacos en forma estricta para la enfermedad del VIH/SIDA.

Por ello, Ventura, *et al.* (2014), sostienen que la adherencia expresa la capacidad



del paciente de asumir con responsabilidad el tratamiento, desde que inicia hasta su culminación para evitar que el virus de la enfermedad se replique en el organismo.

La Organización Mundial de la Salud (2010), por su parte remarca que el TARGA mejora la respuesta clínica, inmunológica y viral del paciente, por ello, es sumamente importante mantener un gran nivel de adherencia a la terapia indicada, de no sostenerla aumenta la actividad viral y crea resistencia a los fármacos.

La OPS (2011), reporta que en Latinoamérica existe la certeza que entre 20% y un 50% de pacientes con VIH presentan una inadecuada adherencia al tratamiento antirretroviral. Son diversos los factores que están involucrados en el control de la carga viral, no obstante, una buena adherencia es decisivo para mantener el éxito del tratamiento antirretroviral. La incorrecta adherencia es la primera causa del fracaso terapéutico, está relacionado con una mala reconstitución inmunológica y mayor probabilidad de muerte. Es importante que los pacientes sean conscientes de asumir la iniciativa de tomar la medicación de forma continua y correcta para cumplir con el tratamiento.

Bazán, Chanamé, & Maguiña (2013), por su parte consideran que la buena adherencia está en relación con la efectividad de los fármacos que se prescriben para el tratamiento del VIH/SIDA; de lo contrario, como lo refiere (Alvis, *et al.*, 2009), la no adherencia puede suscitar fracaso del TARGA y aumentar los ingresos hospitalarios de los pacientes que no fueron adecuadamente tratados, porque se genera en el organismo resistencia a los fármacos del TARGA; originando un problema de salud pública, aun cuando ha sido comprobado clínicamente la efectividad de los fármacos.

La adherencia se comprende también como el comportamiento de una persona con VIH que se ajusta a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, sigue un régimen alimentario y adopta nuevas formas de vida (MINSA, 2018).

Altice, *et al.* (2019), citado en la Guía GESIDA (2020), en el documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia en tratamiento antirretroviral, señala que:

Los pacientes necesitan ser entrenados para lograr la mayor disposición y motivación para cumplir con el tratamiento indicado, para así corregir y obtener



mayores resultados positivos como la buena adherencia al TARGA en un mediano y largo plazo. Además, esta preparación brinda la capacidad al paciente para aceptar el diagnóstico de su enfermedad y la necesidad de cumplir con el tratamiento para mejorar su estado de salud.

OMS (2016), establece garantizar que las personas comiencen rápidamente el tratamiento antirretrovírico eficaz de forma constante para lograr una reducción mantenida de las concentraciones víricas hasta niveles bajos.

1.1.2. Factores que afectan la adherencia al TARGA

La OPS (2011), afirma que las características sociodemográficas relacionadas con el paciente son: edad, sexo, raza, nivel cultural y situación económica. Los estudios realizados para evaluar la relación entre factores sociodemográficos y la adherencia han demostrado hallazgos contradictorios. Sin embargo, otras características como disponer de un domicilio fijo, de soporte social o familiar, buena calidad de vida, la capacidad del paciente para comprender la relación entre adherencia y resistencia a los medicamentos, han mostrado una relación más sólida con la adherencia. Asimismo, se ha evidenciado que los prejuicios, creencias, actitudes de los pacientes en relación a los medicamentos y el equipo médico- asistencial son factores categóricos a la hora de aceptar el tratamiento y realizarlo de forma correcta.

En la Guía GESIDA (2020) se señala que:

Existen diversos factores asociados a la mala adherencia y otros que favorecen la misma, es por ello que antes de iniciar el TARGA se deberá preparar al paciente e identificar algún percance que pueda dificultar la adherencia e intentar corregirlas. De igual manera, se deberá evaluar habitualmente la adherencia durante el seguimiento del TARGA y del resto de los fármacos prescritos.

1.1.2.1. Edad

Según, las variaciones en la frecuencia de las diversas enfermedades se encuentran en relación a los cambios de edad de las personas. En numerosas ocasiones, esas variaciones permitirán presumir acerca de los factores responsables del desarrollo de una enfermedad (Pareja, 2011).

Respecto al factor edad asociado a la adherencia, muchos estudios han



demostrado correlación con el grado de adherencia al TARGA; en un estudio realizado en Lima, se encontró que la edad promedio es de 40,11 años, al relacionar el grado de adherencia con la edad, mediante la prueba de Spearman demostraron que no existe relación significativa con la adherencia en adultos infectados con VIH/SIDA (Orellana & Morales, 2019). En cambio, otros estudios demostraron lo contrario como (Lorscheider, Gerónimo & Colacite, 2012), quienes indicaron que la adherencia aumenta con la edad, pero por encima de 75 años.

1.1.2.2. Sexo

Usualmente en las investigaciones se ha encontrado que existe variaciones en la frecuencia de la enfermedad de acuerdo al sexo (Pareja, 2011).

Orellana & Morales (2019), establecen que en los pacientes estudiados sobre factores asociados y el grado de adherencia encontraron que la adherencia es prevalente en pacientes del sexo masculino (63,4%). Otro estudio observacional descriptivo al evaluar la adherencia al tratamiento en pacientes infectados por el VIH en un hospital de tercer nivel, encontraron relación entre la adherencia la edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, si vive solo o acompañado y su estado laboral. Las pacientes de sexo femenino son menos adherentes que los varones (Mendoza *et al.*, 2018).

1.1.2.3. Nivel de Instrucción

Es el grado más alto que logra una persona de acuerdo a los estudios realizados en forma completa o pueden estar inconclusas (Euskal, 2019). La educación en el Perú comprende los niveles: Primaria, secundaria, superior universitaria y superior técnico.

En el estudio se considera nivel de instrucción bajo cuando las personas solo alcanzaron una educación básica que se encuentra entre la primaria y secundaria. Fundamentado en la referencia de Morales (2018), quién señala que las personas que han cursado educación primaria y secundaria es una formación básica de sus habilidades, pensamientos, competencias y sus actitudes que regirán en su vida. A diferencia, el nivel alto corresponde a personas que llegaron a realizar estudios de nivel superior es decir universitario o técnica superior. Esta afirmación es fundamentada



con la afirmación de Montes de coca & Machado (2014), quienes consideran que la educación superior permite a las personas a mostrar un desempeño autorregulado, independiente, flexible, responsable y reflexivo, donde la toma de decisiones, está dirigido a enfrentar sus conflictos, y establecer estrategias para actuar en la solución no solo las tareas sino los problemas de la vida.

Un estudio ha demostrado que los pacientes con grado de instrucción analfabeta o primaria, condiciona un odds ratio de 4,1 ($p < 0.05$) de no adherencia al TARGA, lo que indica que los pacientes con baja escolaridad tienen 4 veces más riesgo de abandonar el tratamiento que los pacientes con alto nivel educativo (Leiva, 2016).

1.1.2.4. Estado civil

De acuerdo a Pareja (2011), afirma que el estado civil de las personas es una variable cualitativa, dividida en grupos según el estado civil en que se encuentran, como: estado civil soltero, casado, viudo y divorciado. Las personas según su estado civil presentan diversas enfermedades, donde se ha demostrado que existe mayor incidencia de enfermedades en mujeres y hombres solteros que en mujeres y hombres casados.

Sebastián (2016), por su parte señala que, las parejas que no se casan mantienen una unión consensual, que surge como una opción para mantenerse unida a la pareja en forma democrática sin compromiso legal, pero que presentan las mismas obligaciones en el núcleo familiar.

Actualmente existen muchas parejas que optan por vivir en forma consensual, esta condición no implica necesariamente formar una familia sino, es libre para convivir con una persona en pareja.

Varela & Hoyos (2015), en un estudio realizado sobre la adherencia al tratamiento VIH, demuestran que los pacientes que reciben tratamiento para el VIH/SIDA en su mayoría son personas solteras (os), también se encuentra a pacientes separados de la pareja y los pacientes casados representan solo la tercera parte de los pacientes que reciben el tratamiento antirretroviral.



1.1.2.5. Reacciones adversas a medicamentos (RAM)

Es cualquier reacción nociva y no intencionada que aparece tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico en el ser humano, para profilaxis, diagnóstico, tratamiento o para modificar funciones fisiológicas (MINSA, 2018).

Según Fernándis (2016), se afirma que una reacción adversa a un medicamento (RAM) es cualquier respuesta nociva y no intencionada, que se produce a dosis habituales para la profilaxis, diagnóstico, o tratamiento.

Las reacciones adversas frente a los medicamentos pueden ser: vómitos, diarrea, sequedad de la boca, dolor de cabeza, rash, mareos, dolores, fatiga y dificultad para dormir. Los antirretrovirales no siempre producen reacciones adversas, de presentarse éstas, en su mayoría son tratables. Los antirretrovirales ayudan a mantener una vida más larga y saludable (CDC, 2019).

Los efectos adversos que producen los medicamentos se presentan a corto y largo plazo, varían según la clase de medicamento y sensibilidad del paciente con VIH (Santos & Fuentes, 2006).

1.2. ANTECEDENTES

Berg, Demas & Howard (2004), en el estudio realizado para identificar las diferencias de género en los factores sociales y conductuales asociados con la adherencia a los antirretrovirales, reportaron que la adherencia al tratamiento para el VIH alcanza un nivel medio, se asocian factores como la falta de vivienda, consumo de alcohol y droga.

Ruiz, Labry, & Prada (2006), al determinar la asociación de las variables demográficas y psicosociales con la adherencia al tratamiento antirretroviral en cuatro hospitales de la Comunidad Autónoma Andaluza; evidenciaron que los pacientes con mejor calidad de vida mental mostraron mejor adherencia; mientras que los pacientes no adherentes fueron homosexuales y consumidores de droga por vía parenteral, demostrándose como factores que influyen en la adherencia al TARGA en la población de estudio.

Alvis, *et al.* (2009)), en el estudio para determinar la prevalencia y los factores



asociados a la no adherencia al TARGA en adultos infectados con VIH/SIDA en el servicio de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, se encuestó a 465 pacientes que se encontraban recibiendo TARGA, el 35,9% de los encuestados resultó ser no adherente y los factores independientemente asociados a la no adherencia fueron: tener mayor tiempo en tratamiento, tener morbilidad psíquica y ser homosexual/bisexual.

Orcasita, Peralta & Valderrama (2010), al relacionar el apoyo social con las conductas de riesgo frente al VIH/SIDA en dos grupos de adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en la ciudad de Cali, Colombia, demostraron que, los adolescentes aun teniendo conocimiento sobre su enfermedad, continúan practicando conductas sexuales de riesgo, siendo mayor en adolescentes que no están informados sobre las formas de protección y no reciben el acompañamiento social que se requiere cuando ha recibido un diagnóstico positivo.

O'Connor, Garner & Mannheimer (2012), al evaluar los factores asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV), incluidos los medicamentos antirretrovirales específicos, durante los 7 días anteriores a cada visita, demostraron que la adherencia al tratamiento está condicionada a la edad del paciente, al nivel de instrucción alcanzada, a los resultados de los análisis realizados y el tratamiento que reciben sobre la comorbilidad que presentan durante el periodo del tratamiento.

En Arequipa, Lazo (2013), en su estudio factores asociados a la falta de adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital III Regional Honorio Delgado, para determinar la prevalencia y los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en adultos con el VIH-SIDA, se aplicó una encuesta a 80 pacientes. En el estudio encontró pacientes con edad promedio de 35,1 años, al 62,5% varones y 37,5% mujeres. Al determinar la adherencia se halló que el 68,75% de los pacientes resultaron ser no adherentes al TARGA. Los factores que se hallaron asociados a la no adherencia fueron: tener mayor tiempo en tratamiento ($p \leq 0,01$) y presentar molestias relacionadas al tratamiento (OR 3,33, $p=0,03$). Respecto a la edad, sexo, grado de instrucción, orientación sexual, ocupación, domicilio fijo, morbilidad psíquica y apoyo social, no se hallaron diferencias significativas.

Revollé (2013), en su trabajo sobre factores asociados a falla en la adherencia de



la terapia antirretroviral de gran actividad en adultos con infección por VIH que acudieron a consulta ambulatoria de infectología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el periodo diciembre 2012 a febrero de 2013, reportó que de 200 pacientes, el 18% no eran adherentes, la edad promedio fue de 38,8 años y 73% de género masculino. Los factores que estuvieron asociados a la no adherencia al TARGA fueron: uso de drogas, no percepción de utilidad del tratamiento, grado de educación no superior, recuento de CD4 menor a 200 células, carga viral detectable, enfermedad en estadio SIDA, cambios en el tratamiento y comorbilidad psiquiátrica.

Ventura, *et al.* (2014), al determinar la relación entre satisfacción con el tratamiento antirretroviral (TARV), adherencia y calidad de vida en pacientes diagnosticados como seropositivos con TARV según la carga posológica; encontraron una alta adherencia y satisfacción con el TARV, pero no tiene relación con la calidad de vida, y se demuestra que el paciente adherente al tratamiento es aquel que recibe un tratamiento combinado, por los menores efectos adversos que presenta.

Al respecto Pacífico & Gutiérrez (2015), con el objetivo de determinar la asociación entre la información de la medicación y adherencia al tratamiento en el área de infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima. Se encuestaron a 364 pacientes y encontraron que 189 (51,9%) de los pacientes eran adherentes al tratamiento antirretroviral de gran actividad, estos poseían mayor satisfacción con la información que los pacientes no adherentes, los pacientes no tienen buena información sobre reacciones adversas que pudiera ocasionar el TARGA.

Asimismo en Trujillo, Leiva (2016), en su investigación busco determinar los factores asociados a la no Adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en 150 pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, llegando a la conclusión que el promedio de edad en el grupo no adherente fue de 26,4 años menor que el grupo adherente 31,5 años; el promedio de tiempo de enfermedad del grupo no adherente fue mayor 4,6 años que el grupo adherente 2,5 años; asimismo el tener grado de instrucción analfabeta o primaria y poseer conducta homosexual expresan riesgo para la no adherencia al TARGA.

Mientras tanto Untiveros (2018), con su trabajo de investigación sobre factores sociodemográficos asociados a la adherencia al TARGA, en 60 pacientes del Hospital



Nacional Dos de Mayo de enero a junio 2016. Al analizar el nivel de adherencia se determinó que los factores sociodemográficos como: género, edad, estado civil, nivel del estudio del paciente con VIH son factores asociados al TARGA, con un nivel de significancia de 0,05 y Chi-cuadrado $\chi^2 = 74.808$ y $p = 0,001 < 0,05$.

Al respecto Abad & Imán (2018), realizaron el estudio sobre adherencia al TARGA, en pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud- Piura, 2012 -2017, demostraron que los pacientes de sexo masculino en especial los del grupo etario de 36 a 45 años fueron poco adherentes al tratamiento antirretroviral, siendo la no adherencia mayor en el año 2014, presentando una adherencia muy baja (23,21%).

Granada, *et al.* (2018), al identificar las variables asociadas al abandono de terapia TARGA en pacientes con VIH/SIDA en un hospital de tercer nivel en Colombia; la muestra estuvo conformada por 51 pacientes y hallaron una alta tasa de abandono a la terapia antirretroviral de gran actividad, solo 12 pacientes (23%) tuvieron adherencia al tratamiento; entre los factores que se asociaron a la no adherencia estuvieron la psicopatología y la pobre red de apoyo. También se determinó que el 32 (62%) mantenían antecedentes de haber consumido sustancias psicoactivas y 33 (64%) tenían asociada alguna patología psiquiátrica.

En Huánuco Graña (2018), con el objetivo de analizar la asociación de los factores con la adherencia al TARGA, llevó a cabo un estudio correlacional en 360 personas que viven con el VIH en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, durante el periodo 2017. El 11,7% mostraron ser no adherentes al tratamiento. Fueron factores a la no adherencia al TARGA: edad menor de 30 años, sexo femenino, grado de instrucción bajo, sin ingreso mensual, ni ocupación laboral, depresión, falta de superación emocional de la enfermedad, no cumplimiento de cuidados en casa, información incompleta brindada por el personal de salud, e inaccesibilidad al establecimiento.

Salgado, *et al.* (2018), sobre calidad de vida y los factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes VIH positivos, en un hospital de Acapulco – México, desde el mes de mayo a octubre del 2016, en la investigación participaron 167 pacientes, la población fue conformada por varones y mujeres en una relación 3:1, las edades con rangos de 20 a 79 años. Los resultados obtenidos fueron: el 49% de



pacientes no mostraron adherencia, mientras que 93% manifestó tener buena calidad de vida; los varones demostraron mejor adherencia. Los factores asociados a la no adherencia fueron edad menor a 40 años y tener escolaridad preparatoria. Otras características sociodemográficas de los pacientes que participaron en el estudio que no son adherentes al TARGA es que tienen grado de estudios con nivel de licenciatura, la mayoría con empleo, solteros, heterosexuales y nivel económico medio.

Orellana & Morales (2019), llevaron a cabo un estudio referente a factores y grado de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos del Hospital “Luis N. Saenz” Lima, estudio realizado en 123 pacientes en el último trimestre del 2015. El promedio de edad fue 40,11 años. En la muestra prevaleció el sexo masculino con 63,4% y carga viral de 77,2% de los pacientes indetectable. En el estudio se evidenció que existe relación del grado de adherencia con la carga viral, mas no estuvieron relacionados con los factores sociodemográficos. La adherencia fue de 82,51, evaluado con el cuestionario CEAT-VIH.

OMS (2020), reportó que el VIH viene a constituir uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 33 millones de vidas. A julio del año 2019 había aproximadamente 38 millones de personas con VIH y 24,5 millones de personas infectadas por el VIH en tratamiento con antirretrovíricos. La cobertura del TARGA a nivel mundial es del 67%. Sin embargo, es necesario intensificar los esfuerzos para ampliar el tratamiento, sobre todo para niños y adolescentes, dado que, al término del año 2018, solo el 53 % de ellos estaban recibiendo tratamiento.

Los casos de VIH para el año 2018 en el departamento de Puno, fueron 307 y casos de sida 41. En el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de 102 pacientes solo 75 estuvieron recibiendo el TARGA, el resto abandonaron el tratamiento, algunos fallecieron y otros fueron derivados a otros establecimientos de salud. Según los registros del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual de este establecimiento, se observa que algunos pacientes no cumplen con su tratamiento para combatir la enfermedad. Este problema fue motivo para realizar la presente investigación e identificar los factores asociados a la falta de adherencia al TARGA.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es administrado a los pacientes con VIH/SIDA y comprende el empleo de tres o más medicamentos antirretrovirales destinados a suprimir al máximo la carga viral, para lograr la recuperación inmunológica que presentan estos pacientes (MINSA, 2012).

El éxito del tratamiento en el VIH/SIDA está dado por el grado de adherencia que tiene el paciente para recibir el tratamiento antirretroviral de por vida y que exige el cumplimiento de las indicaciones del equipo multidisciplinario del TARGA (MINSA, 2012). Pacífico & Gutiérrez (2015), señalan que lograr una óptima adherencia al tratamiento es una pieza fundamental para obtener su eficacia, es por este motivo que, se deben adoptar medidas necesarias para alcanzar la máxima adherencia y poder mantenerla en el tiempo.

La OMS (2010), por su parte refiere que el incorrecto cumplimiento de los esquemas de tratamiento antirretroviral produce condiciones de presión selectiva que aumenta la posibilidad de aparición de mutantes resistentes.

Frente a la adherencia, se han realizado diversos estudios a nivel nacional relacionados con los factores asociados a la adherencia al TARGA. Pacífico & Gutiérrez (2015), al investigar la adherencia al tratamiento antirretroviral, encontraron que aumenta con la edad, siendo menor en mujeres y que existen potenciales reacciones adversas al TARGA. En el Hospital Arzobispo Loayza de Lima, 35,9% de los encuestados resultó ser no adherente (Alvis, et al., 2009). En el Hospital III Regional Honorio Delgado, de Arequipa de 80 pacientes que se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral, 68.75% de los encuestados resultó ser también no adherente (Lazo, 2013). Sin embargo, en el departamento de Puno, no existen estudios al respecto.

En la región de Puno, existe la evidencia clínica que no todos los pacientes diagnosticados con el virus de VIH/SIDA se encuentran adheridos al tratamiento



antirretroviral de gran actividad (TARGA), similar situación se refleja en los pacientes del Hospital Regional “Manuel Núñez Butrón” (“MNB”) de Puno, de 102 pacientes diagnosticados a la fecha solo 75 reciben TARGA, el resto abandonaron el tratamiento, algunos fallecieron y otros fueron derivados a otros establecimientos de salud. Según Registro Nominal de Pacientes TARGA en el Hospital de Puno, el 15 % de pacientes abandonaron el tratamiento.

Este porcentaje alto de abandono al tratamiento antirretroviral de gran actividad, me motivo a realizar el presente trabajo de investigación, con el objetivo de: Identificar los factores asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno, durante los años 2015-2020.

Los resultados obtenidos en el presente estudio servirán para que el equipo de atención del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) del Hospital Regional “MNB” de Puno, detecte precozmente a los pacientes que incumplen con el tratamiento tomando en cuenta los factores identificados en el presente trabajo para que se adopten las estrategias de intervención adecuadas con la finalidad de mitigar los casos de morbi-mortalidad ocasionados por esta enfermedad.

2.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno, durante los años 2015-2020?

2.3. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio tiene como propósito conocer los factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes que asisten al CERITS, donde se ha observado con frecuencia incumplimiento del tratamiento.

Con los resultados obtenidos los miembros del equipo de gestión y los profesionales que prestan atención a los pacientes en el servicio del CERITS del Hospital Regional “MNB” de Puno, deberán hacer uso de los resultados para contribuir a prestar servicios realmente adaptados a las necesidades de esta población en estudio

El trabajo es relevante porque servirá para tomar decisiones e implementar acciones de mejora en la adherencia del TARGA.



Además, será fuente para la realización de otras investigaciones de mayor profundidad, tomando en cuenta otros factores y en forma prospectiva.

2.4. OBJETIVOS

2.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno, durante los años 2015-2020.

2.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores socio demográficos asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno.
- Identificar reacciones adversas a medicamentos asociados a la adherencia del TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno.

2.5. HIPÓTESIS

2.5.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existen factores asociados a la adherencia al TARGA en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno, durante los años 2015-2020.

2.5.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Existen factores socio demográficos asociados significativamente a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno.
- Las reacciones adversas se asocian significativamente a la adherencia del TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno.



CAPÍTULO III MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 LUGAR DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional “MNB” de Puno, el cual se encuentra ubicado en el Barrio Victoria de la ciudad de Puno, en la avenida el sol N° 1022. Es un establecimiento de salud de categoría II-2 y según la cartera de servicios de salud cuenta con 18 especialidades, 50 consultorios externos, 14 servicios de hospitalización, 10 centros quirúrgicos, 01 unidad de cuidados intensivos y servicio de emergencia. Según organigrama estructural del hospital; el Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual pertenece al departamento de medicina y enfermedades transmisibles, cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales de salud como: Médico, Biólogo, Psicólogo, Enfermera y Asistente Social. En este servicio los pacientes con VIH/SIDA reciben el tratamiento del TARGA, también se realiza el diagnóstico de otras enfermedades de transmisión sexual, tanto para pacientes hospitalizados como de consulta ambulatoria.

3.2 POBLACIÓN

La población de estudio fueron 75 pacientes con VIH/SIDA que reciben tratamiento TARGA en el Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual del Hospital Regional de Puno durante los años 2015-2020.

3.3 MUESTRA

Todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno que estuvieron recibiendo tratamiento TARGA durante los años 2015 – 2020. No fue necesario realizar el cálculo del tamaño de la muestra por ser una población pequeña. Según Gómez, *et al.* (2016), en poblaciones pequeñas no necesariamente debe realizarse cálculo de la muestra sino, seleccionar según características que determina la investigación.

- **Selección de muestra**

La selección de la muestra fue de forma no probabilística porque se trabajó con el total de la población, representado por 75 pacientes continuadores que reciben TARGA y que cumplieron con los criterios de inclusión.



- **Criterios de Inclusión**
 - Pacientes con VIH de 18 a más años de edad, que reciben tratamiento.
 - Paciente con seis a más meses de tratamiento.
 - Pacientes que firman el consentimiento informado.

- **Criterios de Exclusión:**
 - Pacientes menores de 18 años con VIH
 - Pacientes que no firmaron su consentimiento informado.

3.4 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.4.1 Tipo y diseño de la investigación

La investigación es de tipo:

Retrospectiva: Los estudios retrospectivos en salud, tienen como finalidad analizar la relación entre algún factor que incide en el desarrollo de una enfermedad (Ramos, 2014). En el estudio se utilizó para identificar los factores sociodemográficos y reacciones adversas, se analizaron datos recogidos de años anteriores.

Transversal: Este estudio estima la magnitud y distribución de una enfermedad en un tiempo determinado (Villa *et al.*, 2012). La que permitió obtener datos sobre las variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y grado de instrucción) y reacciones adversas en tiempo actual.

Diseño del estudio: En el estudio se aplicó el diseño No experimental. Según Hernández *et al.* (2017), un estudio no experimental está basada esencialmente en la observación, sin manipular las variables.

3.4.2. Técnicas e instrumentos

– Técnica

Fue la encuesta aplicada a los pacientes que estuvieron recibiendo tratamiento TARGA con el fin de obtener información sobre la adherencia al tratamiento, y que asistieron regularmente al control médico a recibir los fármacos indicados en la terapia, y los que cumplieron con los criterios de inclusión.



– **Instrumentos**

Se utilizó utilizo las historias clínicas para obtener los datos sociodemográficos: edad, sexo, nivel de estudios, estado civil y efectos adversos a los medicamentos.

El cuestionario (CEAT-VIH), fue aplicado a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, el mismo que fue validado en el Perú por Tafur Valderrama (2008). El cuestionario está compuesto por 20 ítems para medir 5 factores: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, relación con el médico, creencias del paciente y el uso de estrategias para recordar la toma de medicamentos (Anexo 2).

Los puntajes obtenidos fueron sumados y el resultado fue comparado con la escala de calificación de respuestas (Anexo 4).

La valoración de la calificación fue en 2 niveles (Anexo 5).

- ✓ No adherencia (<80 puntos),
- ✓ Adherencia (>80 puntos),

– **Validación y confiabilidad del instrumento**

Antes de su aplicación el “Cuestionario para la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)”, fue llevado a la opinión de 3 jueces expertos. El valor de Alpha de Krippendorff = 0.7212, lo que significa que el cuestionario presenta un grado de fiabilidad aceptable porque es $\geq 0,7$; para ser aplicado a los pacientes que conforman la muestra de estudio (Anexo 11).

Para determinar la confiabilidad del instrumento, se tomó una muestra piloto al 10% de la población de estudio, resultados que permitieron mejorar algunos términos en su redacción y procesados en Alfa Cronbach. El valor de Coeficiente Alfa Cronbach fue mayor de 0,8, lo que significa que el instrumento presenta una buena fiabilidad (0,821) para ser aplicado a los pacientes que conforman la muestra de estudio (Anexo 12).

Tabla 2. *Resultados de Alfa Cronbach, sobre la muestra piloto*

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,821	20

3.4.3. Recolección de datos

Previo a la recolección de los datos se solicitó autorización de la Dirección del Hospital Regional “MNB” de Puno, adjuntando el proyecto de investigación para obtener el permiso correspondiente y proceder a la misma (Anexos 13 y 14). Posteriormente se coordinó con la responsable del Centro de Referencia de Infecciones de Trasmisión Sexual (CERITS) con el fin de brindar facilidades para acceder a la revisión de las historias clínicas, las mismas que se encuentran en los archivos de este servicio.

Para proteger el derecho de los pacientes se obtuvo el consentimiento informado de las personas sujetas a estudio, previa explicación sobre la importancia de la investigación (Anexo 1).

Una vez que el paciente aceptó participar en el estudio y firmado el consentimiento informado, la investigadora procedió a la aplicación del cuestionario en forma individual, hasta completar la muestra de estudio.

El cuestionario fue aplicado en las instalaciones del Centro de Referencias de Infecciones de Trasmisión Sexual a los pacientes que acudieron al servicio del CERITS, para recoger sus medicamentos antirretrovirales en forma diaria.

La recolección de datos fue durante los meses de setiembre y octubre de lunes a viernes en el horario de 8.00 a 14.00 horas, horario en que los pacientes acuden al CERITS.

3.4.4. Variables de estudio

Se consideró como variables independientes los factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel de instrucción y estado civil) y reacciones adversas a medicamentos. Como variable dependiente la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Tabla 3. Operacionalización de variables.

Variablen	Indicador	Valores	Escala
VI: Sociodemográficos			
Edad	Años cumplidos a la fecha actual	<40 años. >40 años	Ordinal
Sexo	Diferenciación de caracteres sexuales	Masculino Femenino	Nominal
Nivel de estudios	Estudios concluidos	Bajo Alto	Ordinal
Estado civil	Estado conyugal	Sin pareja consensual Con pareja consensual	Nominal
Reacciones adversas a medicamentos	Respuesta nociva, no deseada y no intencionada a un fármaco	Con reacción adversa Sin reacción adversa	Nominal
VD:			
Adherencia al tratamiento	Nivel de adherencia	No adherente < 80 puntos Adherencia > 81 puntos	Ordinal

3.5. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE MÉTODOS POR OBJETIVOS

3.5.1. Objetivo específico 1

- Identificar los factores socio demográficos asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno.

a) Descripción de variables analizadas en los objetivos específicos

Variable independiente: Factores sociodemográficos

Variable dependiente: Adherencia al TARGA

b) Descripción del uso de materiales

- Historias clínicas, para obtener los datos sociodemográficos: edad, sexo, nivel de estudios y estado civil



- Formato de cuestionario para la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH), aplicado en forma individual, en el periodo de 60 días aproximadamente.

c) Aplicación de prueba estadística inferencial

Con la información obtenida en el instrumento, se elaboró la base de datos (Anexo 3), para luego ser sistematizada en una hoja Excel. Fue procesada en el Software SPSS-25

Para verificar asociación significativa entre las variables en estudio se aplicó la prueba de Chi cuadrado para determinar asociación entre los factores asociados y la adherencia al TARGA; al obtener el valor de p (probabilidad) menor al nivel de significancia (alfa) de 0,05, que indica un riesgo del 5%, y 95% de confianza; se concluye que existe asociación entre las variables en estudio (Serrano & Sánchez, 2012).

Así mismo, se utilizó Odds Ratio (OR), es una medida de efecto comúnmente utilizada para realizar estudios en salud. OR representa o expresa la posibilidad de un evento o la posibilidad de una exposición (Cerdeira, Vera & Rada, 2013).

3.5.2. Objetivo específico 2

- Identificar reacciones adversas a medicamentos asociados a la adherencia del TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno.

a) Descripción de variables analizadas en los objetivos específicos

Variable independiente: Reacciones adversas

Variable dependiente: Adherencia la TARGA

b) Descripción de uso de materiales

- Historias clínicas, para obtener datos de las reacciones adversas
- Formato de cuestionario para la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH), aplicado en forma individual, en el periodo de 60 días aproximadamente.

c) Aplicación de prueba estadística inferencial.

Con la información obtenida en el instrumento, se elaboró la base de datos (Anexo 3), para luego ser sistematizada en una hoja Excel.



Fue procesada en el Software SPSS-25

Para verificar asociación significativa entre las variables en estudio se aplicó la prueba de Chi cuadrado para determinar asociación entre los factores asociados y la adherencia al TARGA; al obtener el valor de p (probabilidad) menor al nivel de significancia (alfa) de 0,05, que indica un riesgo del 5%, y 95% de confianza; se concluye que existe asociación entre las variables en estudio (Serrano & Sánchez, 2012).

Así mismo, se utilizó Odds Ratio (OR), es una medida de efecto comúnmente utilizada para realizar estudios en salud. OR representa o expresa la posibilidad de un evento o la posibilidad de una exposición (Cerdeira *et al.*, 2013).

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TARGA EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL REGIONAL “MNB” DE PUNO.

Tabla 4. Factor socio demográfico edad asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.

Edad	No adherentes		Adherentes		OR	IC	P
	Nº	%	Nº	%			
Menor de 40 años	40	93,0	22	68,8			
Mayor o igual de 40 años	3	7,0	10	31,3	6,061	1,508-24,360	0,006
Total	43	100,0	32	100,0			

Elaboración propia.

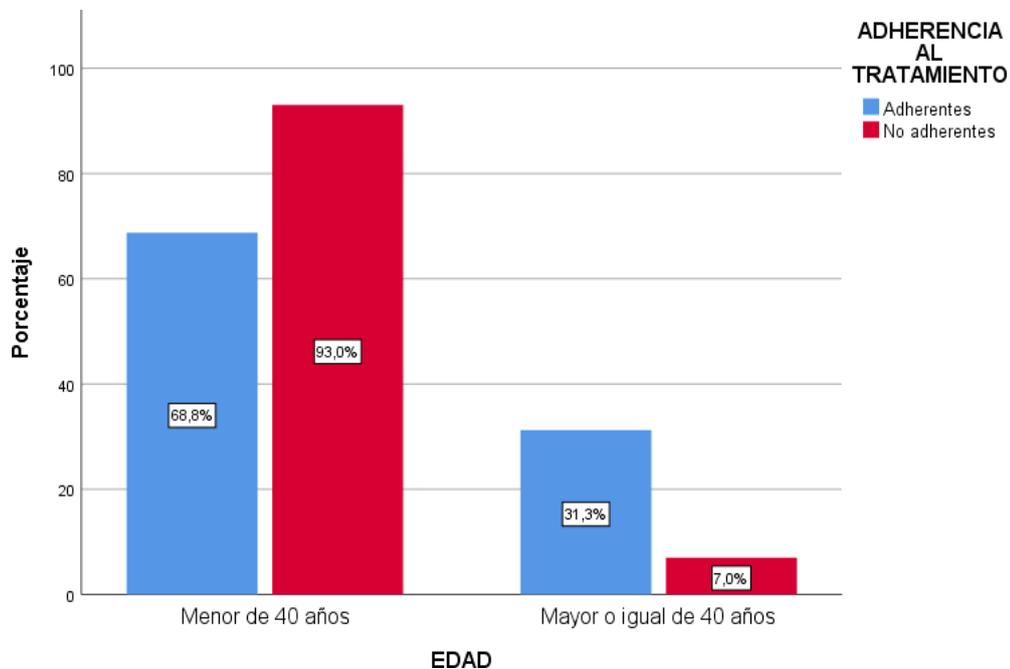


Figura 1. Factor socio demográfico edad asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.



Los resultados de la tabla 4, respecto a la edad asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH, muestra que el 93,0% de los pacientes no adherentes son menores de 40 años y solo el 7,0% mayor o igual 40 años; mientras en los pacientes adherentes el 68,8% corresponde a pacientes menores de 40 años y el 31,3% mayor o igual a 40 años.

Según los datos estadísticos obtenidos que se muestran en la tabla 4 podemos observar que la edad menor de 40 años presenta asociación estadísticamente significativa porque se obtuvo con $p: 0,006$ menor que alfa $0,05$ y un OR: $6,061$, que indica que los pacientes menores de 40 años tienen $6,061$ veces más riesgo de no ser adherentes al TARGA y un IC 95%: $1,508-24,360$ que contiene la unidad; resultados que indican que la edad menor de 40 años es un factor de riesgo asociado a la no adherencia al TARGA. Por tanto, los pacientes que tienen edad menor de 40 años abandonan el tratamiento que los pacientes mayores o iguales de 40 años. Por tanto, se acepta la hipótesis planteada.

Con los resultados obtenidos se demuestra que los pacientes con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral son menores de 40 años (Anexo 6), y dentro del grupo de pacientes no adherentes al TARGA predomina este grupo de edad y se presenta 6 veces (Tabla 4) más riesgo de no adherirse al tratamiento que los pacientes mayores de 40 años; definitivamente, revertir esta situación requiere mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral (Puigventós, *et al.*, 2002). Este resultado se debe a que los jóvenes subestiman el tratamiento antirretroviral y con facilidad dejan de ser adherentes y por ello así como lo señalan algunos estudios que a mayor edad hay más probabilidad de ser adherentes (Ruiz, Labry & Prada, 2006), y los jóvenes resultan ser poco adherentes (Orcasita *et al.*, 2010).

Respecto a este factor muchos estudios han demostrado que es un factor de riesgo con el grado de adherencia al TARGA. Nuestros resultados son coincidentes con el estudio de Graña (2018), en Huánuco encontró que los pacientes no adherentes tenían menos de 30 años. Leiva (2016), en Trujillo los pacientes no adherentes tenían edad promedio 26,4 años. Pacífico y Gutiérrez (2015), demostraron también que la edad es un factor de riesgo que no permite cumplir con la prescripción del tratamiento para disminuir la carga viral. Sin embargo, los resultados presentan diferencia con el estudio de Orellana & Morales (2019), demostraron que no existe relación significativa con la adherencia en adultos infectados con VIH/SIDA y Lorscheider *et al.* (2012), reportaron que la

adherencia aumenta con la edad, pero por encima de 75 años.

Los resultados obtenidos en el presente estudio pueden deberse a que los pacientes en su mayoría no comparten su enfermedad con la familia y peor aún con amigos por temor a ser discriminados. El soporte familiar es un factor fundamental para el momento de iniciar el TARGA, tratamiento que lo recibirán de por vida.

Tabla 5. Factor sociodemográfico sexo asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.

Sexo	No adherentes		Adherentes		OR	IC	p=valor
	Nº	%	Nº	%			
Masculino	40	93,0	27	84,4			
Femenino	3	7,0	5	15,6	2,469	0,544-11,203	0,230
Total	43	100,0	32	100,0			

Elaboración propia

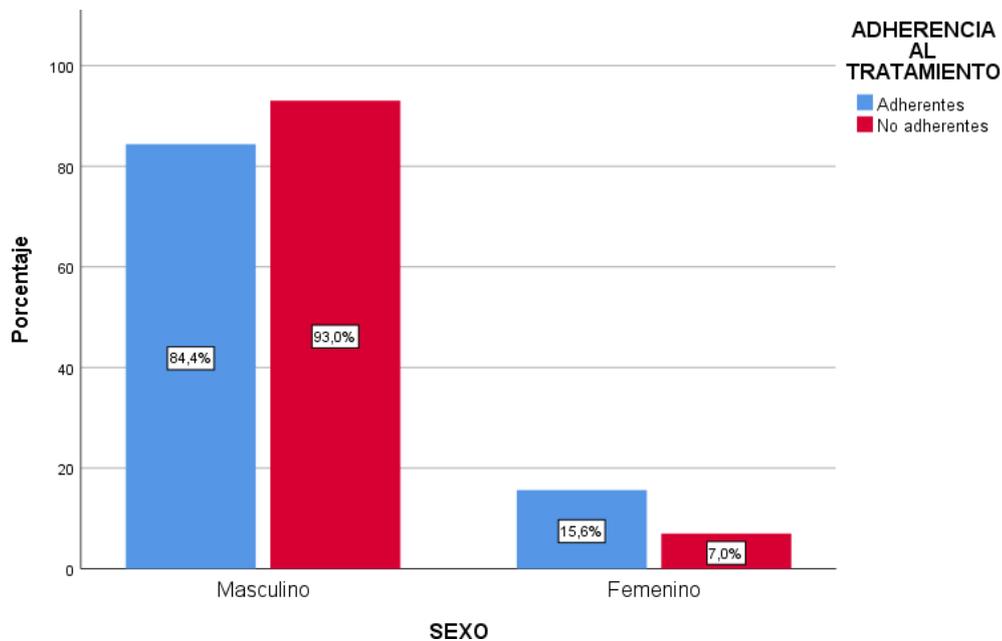


Figura 2. Factor sociodemográfico sexo asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno



Los resultados de la tabla 5, respecto al sexo asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA, muestra que el 93,0% de los pacientes no adherentes pertenecen al sexo masculino y solo el 7,0% a pacientes del sexo femenino; en el grupo de pacientes adherentes, predomina también con 84,4% pacientes de sexo masculino y el 15,6% fueron de sexo femenino.

Según los resultados estadísticos obtenidos en la tabla 5 podemos observar que el paciente de sexo masculino no presenta asociación estadísticamente significativa porque se obtuvo $p:0,230$ mayor a alfa $0,05$ y un OR: $2,469$ que significa que los pacientes de sexo masculino tiene más riesgo de no ser adherentes al TARGA que las mujeres con un IC $0,544-11,203$ al 95% de confianza; resultados que indican que el sexo no es un factor de riesgo asociado a la no adherencia al TARGA en pacientes con VIH; en efecto se rechaza la hipótesis planteada.

Como se puede evidenciar tanto la no adherencia y la adherencia al TARGA predomina en pacientes del sexo masculino, resultados que determinan que el sexo no es un factor de riesgo para la adherencia del TARGA. Pareja (2011), al respecto menciona que casi todas las enfermedades ocurren de forma diferente de acuerdo al sexo de las personas.

Con respecto a otros estudios nuestros resultados difieren con el reporte realizado por Graña (2018), en el Hospital Nacional Cayetano Heredia al encontrar que los pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral fueron de sexo femenino; así como se encontró en la revisión sistemática de Puigventós *et al.* (2002), después de analizar sus resultados concluyeron que las mujeres son menos adherentes que los varones. Este hecho se ha relacionado con una mayor presencia de efectos adversos y una mayor prevalencia de depresión que presentan las mujeres. Sin embargo, es importante remarcar que los pacientes varones fueron más adherentes al tratamiento, así como lo demuestra Salgado, *et al.* (2018) en México, donde los hombres reportaron mejor adherencia al TARGA, a diferencia de Berg *et al.* (2004), señalan que las mujeres tienden a ser menos adherentes que los hombres; demostrado también por Untiveros (2018), quien reportó que el género masculino es un factor asociado significativamente a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, mientras que, en nuestro estudio no representa factor de

riesgo.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio se deben a que, dentro de la población de sexo masculino, el 60 % de los pacientes son homosexuales y varios de ellos recogen los antirretrovirales en pareja. A diferencia de otros estudios que el poseer conducta homosexual expresa un factor de riesgo para la no adherencia.

Tabla 6. Factor sociodemográfico estado civil asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.

EstadoCivil	No adherentes		Adherentes		OR	IC	p=valor
	Nº	%	Nº	%			
Sin pareja consensual	38	88,4	21	65,6			
Con pareja consensual	5	11,6	11	34,4	3,981	1,219-13,006	0,017
Total	43	100,0	32	100,0			

Elaboración propia

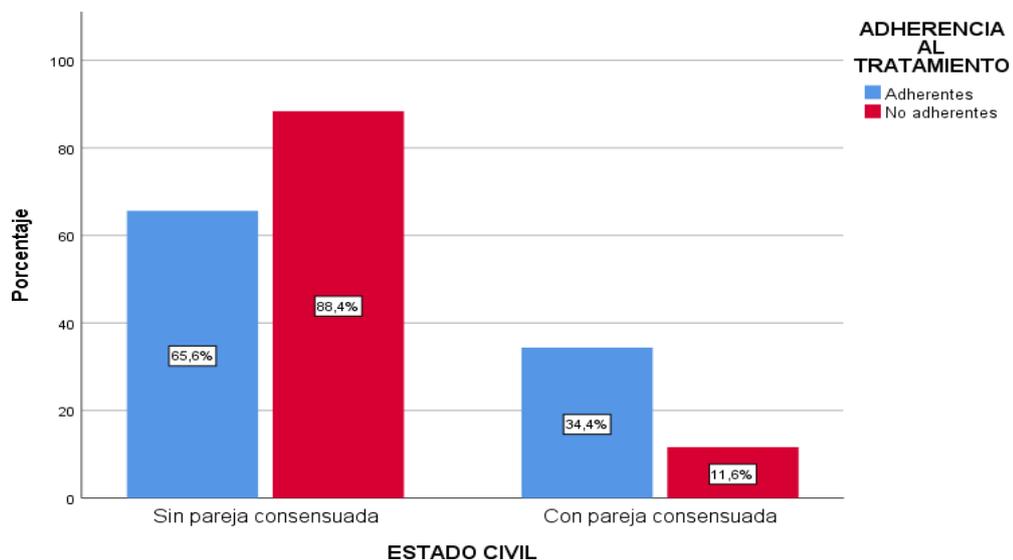


Figura 3. Factor sociodemográfico estado civil asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.

Los resultados de la tabla 6, respecto al estado civil asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH, muestra que el 88,4% de los pacientes no adherentes no



tienen una pareja (solteros y separados) y solo el 11,6% de los pacientes tienen una pareja (casados y convivientes como se muestra en Anexo 8); en el grupo de pacientes adherentes, 65,6% no tienen una pareja, mientras que el 34,4% si tienen una pareja consensual. Estos resultados dan cuenta que el mayor porcentaje de pacientes que reciben tratamiento antirretroviral para el VIH/SIDA no tienen una pareja es decir están solteros o divorciados.

Con los valores estadísticos obtenidos que se muestran en la tabla 6, observamos que los pacientes sin pareja consensual, es decir los solteros y divorciados presentan asociación estadísticamente significativa a la adherencia al TARGA; porque se ha obtenido $p:0,017$ menor a alfa $0,05$ y un OR: $3,981$ que significa que los pacientes que no tienen pareja, tienen $3,981$ veces más riesgo de no adherirse al TARGA que los pacientes que tienen pareja, IC 95%: $1,219-13,006$ que contiene a la unidad, indican que el estado civil es un factor de riesgo asociado a la no adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA. Por tanto, con estos valores se acepta la hipótesis planteada.

Los resultados obtenidos nos muestran que los pacientes que no tiene pareja consensual es decir solteros, divorciados o viudos son no adherentes al tratamiento antirretroviral, así como se muestra en la tabla 6, no tener pareja consensual representa $3,981$ más riesgo de ser no adherentes que los pacientes que si tienen una pareja. Al respecto Pareja (2011), menciona que el estado civil es una variable estudiada en relación con el estado de Salud, de ahí que las enfermedades tienen más incidencia en mujeres y hombres solteros que en mujeres y hombres casados. El estado civil casado está considerado como un factor protector ante la enfermedad de la pareja. Mendoza, *et al.* (2018), analizando el soporte familiar, encontraron un mayor porcentaje de no adherentes en pacientes viudos y separados, y más adherentes en los casados.

Los resultados presentan coherencia con el estudio de Varela & Hoyos (2015), porque demostraron que los pacientes que reciben el tratamiento para el VIH en su mayoría (48,2%) fueron solteros (as), un buen porcentaje (21,0%) eran separados, divorciados o viudos; mientras que los casados o convivientes lo constituyeron solo la tercera parte de la población estudiada, así como se encontró en nuestro estudio, donde predomina pacientes sin pareja no adherentes al TARGA y fue menor los pacientes con

pareja, es decir los casados y convivientes. Con el estudio de Mendoza, *et al* (2018), presenta diferencia, en México, porque al realizar un estudio observacional descriptivo en el que se evaluó la adherencia al tratamiento en pacientes infectados por el VIH atendido en un hospital de tercer nivel, concluyeron que no existe relación entre la adherencia y el estado civil de los pacientes. Untiveros (2018), analizando los factores demográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral, demostró también que el estado civil soltero del paciente con VIH es un factor asociado significativamente a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes con VIH que acudieron al Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima.

Es probable que los pacientes solteros no asumen la responsabilidad de asistir a recoger sus medicamentos o no tomarlos de forma diaria, muchos de ellos participan de diversiones y consumen bebidas alcohólicas, al vivir solos por motivos de estudios (universitarios) no cuentan con el apoyo de la familia, este problema hace que no lleven a cabo una correcta adherencia al tratamiento.

Tabla 7. Factor sociodemográfico nivel de estudios asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.

Nivel de estudios	No adherentes		Adherentes		OR	IC	p=valor
	Nº	%	Nº	%			
Bajo	19	44,2	11	34,4			
Alto	24	55,8	21	65,6	1,511	0,587-3,891	0,391
Total	43	100,0	32	100,0			

Elaboración propia

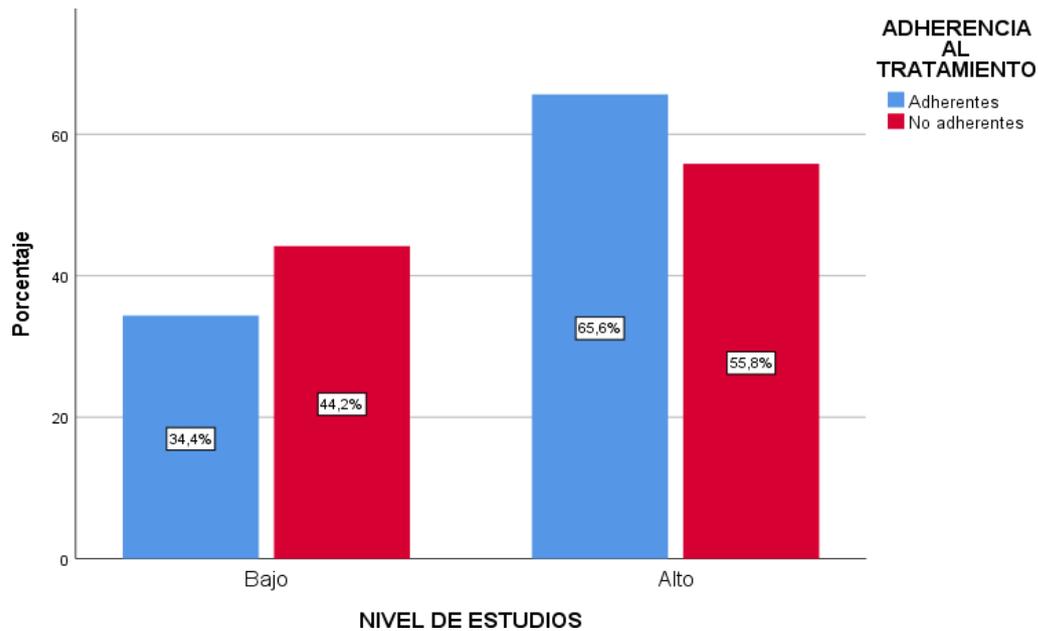


Figura 4. Factor sociodemográfico nivel de estudios asociado a la adherencia alTARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.

Los resultados de la tabla 7, respecto al nivel de estudios asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH, evidencia que el 44,2% de los pacientes no adherentes tienen un bajo nivel de estudio (primaria y secundaria), mientras que un 55,8% un nivel alto (estudios superiores); en el grupo de pacientes adherentes, el 34,4% tiene estudios de nivel bajo, en cambio un 65,6% estudios de nivel alto. Estos resultados demuestran que la mayoría de los pacientes tanto del grupo no adherentes y adherentes tienen estudios superiores y en menor proporción están los pacientes con bajo nivel de estudios.

Estadísticamente, los resultados obtenidos que se muestran en la tabla 7, observamos que los pacientes con un nivel de estudios bajos (primaria y secundaria) no presentan asociación estadísticamente significativa con la adherencia, porque se obtuvo $p:0,391$ mayor a alfa 0,05 y OR (1,511), que significa que el nivel de estudios no es un factor de riesgo para la adherencia; siendo el IC 95%: (0,587 – 3,891) contiene a la unidad, determinando que los pacientes con bajo o alto nivel de estudios pueden no adherirse al tratamiento TARGA, razón por ello, se rechaza la hipótesis planteada.

Con los resultados obtenidos se demuestra que el mayor porcentaje de pacientes que reciben tratamiento antirretroviral tienen un alto nivel de estudios (estudios superiores

Anexo 9), así mismo, los pacientes con un nivel de estudios bajos (primaria y secundaria) no son adherentes, lo que determina que no existe asociación estadística con la adherencia ($p:0.391$), por tanto, para el estudio consideramos que el nivel de estudios no es un factor de riesgo para la adherencia,

Algunos estudios como el de O'Connor *et al.* (2012), encontraron al 57% de los adherentes tenían estudios universitarios (OR 1,21; IC 1,08-1,36). A diferencia Ventura, *et al.* (2014) obtuvieron una menor adherencia en aquellos pacientes sin estudios (OR 2,11). Estas diferencias nos muestran claramente que los pacientes con un buen nivel de estudios pueden ser adherentes y otros no adherentes, lo que determina que existen otros factores de mayor incidencia para no cumplir con el tratamiento antirretroviral prescrito para disminuir la carga viral.

Los pacientes tienen escaso conocimiento de la infección y el tratamiento de esta enfermedad, puesto que en los colegios y universidades de la región de Puno, no se les imparte charlas educativas sobre temas de prevención del VIH y mucho menos sobre el TARGA, otro factor que podría atribuirse es el estigma social.

4.2. REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS ASOCIADOS A LA ADHERENCIA DEL TARGA EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL REGIONAL “MNB” DE PUNO.

Tabla 8. *Reacciones adversas a medicamentos asociados a la adherencia del TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.*

Reacción adversa	No adherentes		Adherentes		OR	IC	p=valor
	N°	%	N°	%			
Con reacción adversa	42	97,7	27	84,4			
Sin reacción adversa	1	2,3	5	15,6	7,778	0,861-70,250	0,036
Total	43	100,0	32	100,0			

Elaboración propia

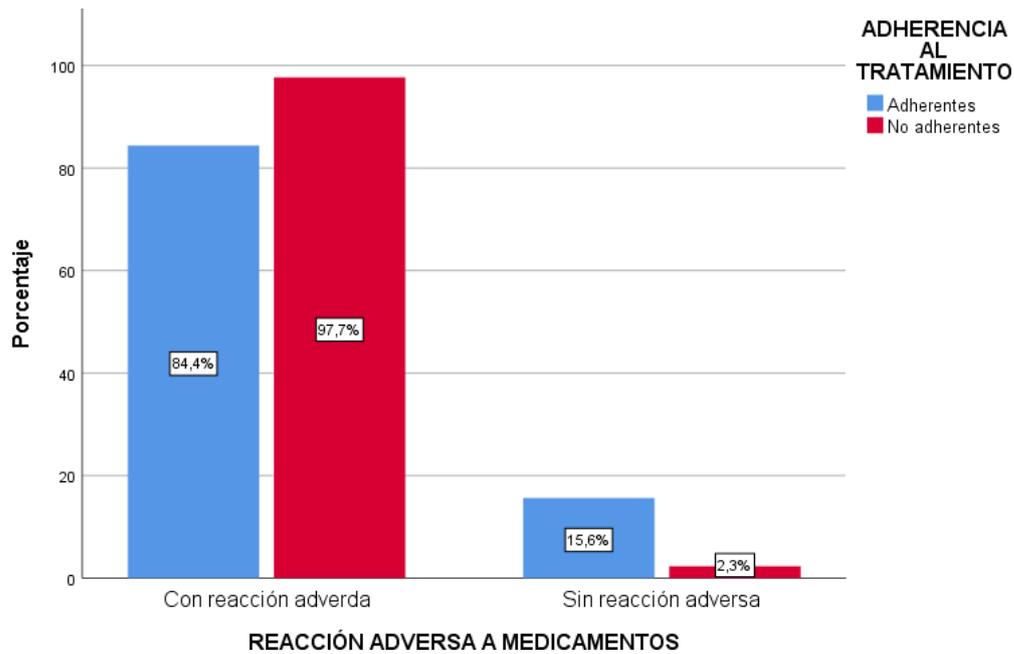


Figura 5. Reacciones adversas a medicamentos asociados a la adherencia del TARGA en pacientes con VIH de Hospital Regional “MNB” de Puno.

Los resultados de la tabla 8, respecto a las reacciones adversas asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH, refleja que el 97,7% de los pacientes no adherentes presentaron reacción adversa (con predominio náuseas, anemia y rash Anexo 10) y solo el 2,3% de pacientes no presentó reacción adversa; mientras los pacientes adherentes, el 84,4% presentó reacción adversa (con predominio náuseas, cefalea y rash) y el 15,6% no presentó ninguna reacción adversa. Estos resultados demuestran que existe un alto porcentaje de pacientes no adherentes que presentan reacción adversa y son no adherentes a TARGA.

Estadísticamente, según los resultados obtenidos que se muestran en la tabla 8, evidencia que los pacientes no adherentes que presentan reacción adversa (náuseas, anemia y rash) se asocia de manera estadísticamente significativa a la no adherencia porque se obtuvo $p: 0,036$ menor a alfa $0,05$, OR: 7,778 nos indica que los pacientes con reacción adversa tienen 7,778 veces más riesgo de no adherirse al tratamiento y con IC 95%: 1,861-790,250, contiene a la unidad, que indica que las reacciones adversas al medicamento es un factor de riesgo asociado a la no adherencia al TARGA. Por tanto, los pacientes que presentan prioritariamente náuseas, anemia y rash tienen el riesgo de abandonar el tratamiento 7,778 veces mayor que los pacientes que no presentan reacción adversa; basada en estos resultados se acepta la hipótesis planteada.

Los hallazgos respecto al factor reacciones adversas, demuestran significativamente que este factor se asocia a la no adherencia del TARGA, constituyéndose en un factor de riesgo de 7,778 veces de no adherirse al tratamiento (Tabla 8). Las reacciones adversas nocivas y no intencionadas que se presentan tras recibir el tratamiento antirretroviral (MINSA, 2019), varía según el fármaco y la susceptibilidad individual del paciente (Santos & Fuentes, 2006), de ahí que algunos presentan reacción adversa y otros no. La CDC (2019), corrobora con nuestra afirmación porque señala que, las personas que toman medicamentos contra el VIH presentan efectos secundarios diferentes.

Varios estudios realizados sobre la adherencia al TARGA, demuestran que las reacciones adversas constituyen un factor de riesgo para la no adherencia. Lazo (2013) coincide con nuestros resultados, porque demostró que la no adherencia estuvo asociada a las molestias que ocasionaron los fármacos del TARGA. Pérez & Viana (2020), por su parte, también demostraron que la mala adherencia está asociada a la presencia de reacciones adversas que presenta el paciente con VIH/SIDA que recibe antirretrovirales.

A los resultados encontrados también se pueden atribuir que los pacientes no son clínicamente evaluados por un médico infectólogo permanente que pueda identificar las reacciones adversas y establecer un tratamiento óptimo.

Tabla 9. *Adherencia del TARGA en pacientes con VIH de Hospital Regional “MNB” de Puno*

Adherencia al tratamiento	Frecuencia	
	Nº	%
No adherentes	43	57,3
Adherentes	32	42,7
Total	75	100,0

Elaboración propia.

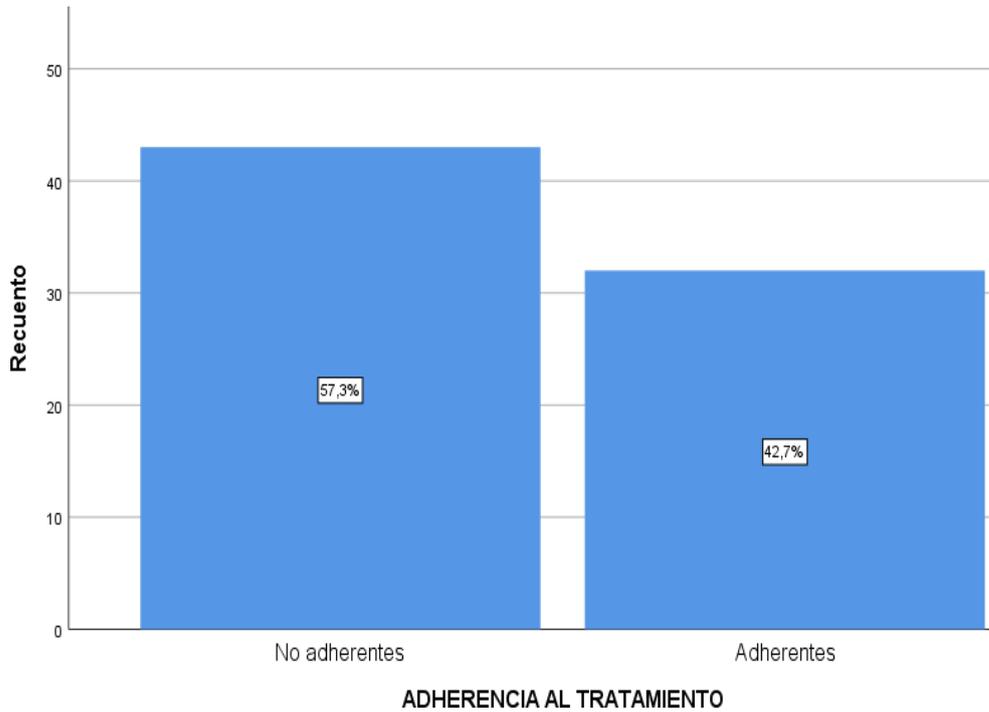


Figura 6. Adherencia del TARGA en pacientes con VIH de Hospital Regional de Puno

En la tabla 9 se muestran los resultados respecto a la adherencia del TARGA, donde se aprecia de un total de 75 pacientes que vienen recibiendo el tratamiento antirretroviral para el VIH, 57,3% de pacientes son no adherentes al tratamiento, mientras el 42,7% si presentan adherencia. Estos resultados demuestran que más de la mitad de los pacientes no cumplen con el tratamiento indicado, en la cual es probable que existen muchas interrupciones durante el proceso por la baja red de apoyo por parte del equipo asistencial del CERITS del Hospital Regional “MNB” de Puno.

La Organización Mundial de la Salud (2010), refiere que el TARGA mejora la respuesta clínica, inmunológica y viral del paciente, por ello, es sumamente importante mantener un gran nivel de adherencia a la terapia indicada, de no mantenerla se incrementa la actividad viral, y crea resistencia a los fármacos. De lo contrario como lo señalan Guerra & Parras (2000), la mala adherencia limita los beneficios terapéuticos y favorece la aparición de resistencias al fármaco, los virus se vuelven más resistentes y se convierten en fuentes de contagio.

Los resultados sobre la no adherencia son coincidentes con los estudios de Granada, *et al.* (2018), porque encontraron un porcentaje elevado (77,0%) de no adherencia al



tratamiento antirretroviral; Salgado, *et al.* (2018), reportaron la no adherencia en (49%) de la muestra estudiada. Abad (2018), en Piura reportó que el 76,79% de pacientes fueron no adherentes al TARGA; en nuestro estudio la no adherencia se presentó en más de la mitad de los pacientes que reciben la terapia antirretroviral; sin embargo, encontramos diferencia con los estudios de Graña en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, la no adherencia se presentó sólo en el 11,7%; Revollé (2013), en el Hospital Edgardo Rebagliati de Lima, los no adherentes solo se encontraban en el 18% de los pacientes; así mismo Alvis, *et al.* (2009), en el Hospital Arzobispo Loayza Lima, reportaron la no adherencia en el 35,9% de los pacientes con VIH que reciben el tratamiento antirretroviral.

Los resultados obtenidos son mayores a las cifras referidas por la OPS (2011), donde se señala que en América Latina entre un 20% al 50% de pacientes con VIH presentan una adherencia inadecuada al tratamiento antirretroviral, en nuestro estudio la no adherencia se presenta en el 57,3%.



CONCLUSIONES

Los factores asociados a la no adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno son la edad menor de 40 años, no tener pareja consensual (solteros (as), divorciados y viudos) y las reacciones adversas a medicamentos que representa un riesgo alto para la no adherencia.

Dentro de los factores socio demográficos asociados significativamente a la no adherencia al TARGA, fueron la edad menos de 40 años y no tener pareja consensual, como estar soltero, separado o viudo, a diferencia de los factores sexo y grado de instrucción que no presentan asociación significativa con la adherencia al tratamiento.

Las reacciones adversas a medicamentos en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno, presentan asociación significativa con la no adherencia al TARGA.



RECOMENDACIONES

1. El Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual del Hospital Regional “MNB” de Puno debe poner en marcha estrategias educativas en los colegios y universidades de la ciudad de Puno dando a conocer estos resultado para mantener información permanente a través de la Educación Terapéutica sobre las reacciones adversas que ocasionan los fármacos, enfocando la individualidad y los factores que se han encontrado en el estudio como la edad y estado civil de los pacientes; dada la alta frecuencia de no adherencia en la población estudiada.
2. Se requiere un seguimiento personalizado con la finalidad de mejorar la adherencia al tratamiento, así obtener los beneficios de los medicamentos contra el VIH para ayudar a las personas seropositivas, así como implementar horarios de atención más cómodos y accesibles para los pacientes
3. El Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual del Hospital Regional “MNB” de Puno debe ser implementado lo más pronto posible con un profesional médico infectólogo capacitado en tratamiento antirretroviral de gran actividad para resolver las dudas y problemas que se presenten a lo largo del tratamiento.



BIBLIOGRAFÍA

- Abad, J., & Imán, G. (2018) *Adherencia al TARGA, en pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH/SIDA del Hospital III José Cayetano Heredia, EsSalud - Piura, 2012 - 2017*. Universidad San Pedro.
- Alvis, O., De Coli, L., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J., & Reyes, M. (2009) Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 266-272. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832009000400007
- Bazán, S., Chanamé, L., & Maguiña, C. (2013) Adherencia al TARGA en VIH /SIDA. Un Problema de Salud Pública. *Revista Acta Médica Peruana*, 30(2), 101-102. Obtenidode http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000200011
- Berg, K., Demas, P., & Howard, A. (2004) Diferencias de género en los factores asociados con la adherencia a la terapia antirretroviral. *Revista J Gen Intern Med*, 19(11), 1111-1117. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1196356/>
- Caluwaerts, C., Maendaenda, R., & Maldonado, F. (2009) Factores de riesgo y resultados reales de las personas pérdidas para el seguimiento en un programa de tratamiento antirretroviral en Tete, Mozambique. *Salud Internacional*, 1(1), 97-101. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876341309000072>
- CDC. (17 de octubre de 2019) *¿Qué es el tratamiento del VIH?* Obtenido de <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/livingwithhiv/treatment.html>
- Cerda, J., Vera, Cl., Rada, G. (2013). *Odds ratio: aspectos teóricos y prácticos*. *Revista médica de Chile*. 141(10): 1329-1335. Obtenido de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000014
- Euskal Estatistika Erakundea (2019). *Nivel de instrucción*. Obtenido de https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html



- Fernándis, V. (19 de mayo de 2016) *Reacciones adversas y toxicología y farmacología*.
Obtenido de <http://cofsegovia.portalfarma.com/Documentos/Curso%20fisioterap%C3%A9utas/5-20reacciones%20adversas,%20toxicolog%C3%8da%20y%20farmacovigilanci a.pdf>
- Granada, A., Venegas, C., Forero, E., Silva, C., & Vergara, E. (2018) Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con VIH sida en un hospital de tercer nivel. *Acta Med Colomb*, 43(1), 31-36.
- Graña, A. (2018). *Factores asociados a la adherencia al TARGA en personas viviendo con VIH que reciben tratamiento en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2017*. Lima Perú: Universidad Nacional Herminio Valdizan. Obtenido de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNHE_f3e1371b5b789be9a9a0d3a3153fa329
- Guerra, L., & Parras, F. (2000). La adherencia a los antirretrovirales: una tarea de todos. *Revista Enfermedades Emergentes*, 2(1), 5-9. Obtenido de <http://enfermedadesemergentes.com/articulos/a58/s-2-1-001.pdf>
- Guía GESIDA. (2020) *Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia en tratamiento antirretroviral*. España: Ministerio de Salud. Obtenido de http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/guia_gesida_febrero_2020_Adherencia.pdf
- Gómez, A., Villasis, J., Miranda, M., & Guadalupe, M. (2016) El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*. México 63 (2), 201-206. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014) *Metodología de la investigación* (Sexta ed.). México: Mc Graw Hill.
- Lazo, K. (2013). *Factores Asociados a la Falta de Adherencia al TARGA en Pacientes con VIH/SIDA del Hospital III Regional Honorio Delgado, Arequipa*. Universidad Católica de Santa María. Arequipa.
- Leiva, P. (2016). *Factores asociados a la no Adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Lazarte*. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego.



- Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2071/1/Re_Med.HumPdf
- Lorscheider, J., Gerónimo, K., & Colacite, J. (2012) Estudio de adhesión la terapia antirretroviral para pacientes con VIH/SIDA tratados en el municipio de Toledo. *Acta Biomédica Barsiliensia*, 3(1).
- Mandell, G. L., Bennett, J.E & Dolin, R. (2016) *Enfermedades infecciosas: Principios y práctica* (8' ed.). Barcelona [etc.]: Elsevier.
- Mendoza, M., Ferrando, R., Álvarez, T., Marmaneu, P., & Granell, L. (2018) Adherencia altratamiento antirretroviral en pacientes VIH: todavía queda mucho por hacer. *Revista OFIL-ILAPHAR*, 28(3), 203-210. Obtenido de <https://www.revistadelaofil.org/wp-content/uploads/2018/08/Rev-OFIL-28-3-Original-3.pdf>
- MINSA. (2012, p.6) *Norma Técnica de Salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)*. Lima Perú: Dirección General de Salud de las Personas.
- MINSA. (2020). *Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. Lima Perú. Obtenido de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF>
- MINSA. (diciembre de 2018) Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. *Boletín Mensual*. Lima, 1-15. Obtenido de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2018/diciembre.pdf
- MINSA. (2019) *Contenidos mínimos del Programa Presupuestas. TBC-VIH/SIDA. Lima Perú: Directiva N° 002-2016-EF/50.01*. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/presupuestales/doc2019/pp/anexo/ANEXO2_3.pdf
- Morales, E. (2018) *Educación*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/98801458/Educacion-Wikipedia-la-enciclopedia-libre>
- Montes de Oca, N., & Machado, E. (2014) Formación y desarrollo de competencias en la educación superior Cubana. *Humanidades Médicas* 14(1):145-159. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v14n1/hmc10114.pdf>



- O'Connor, J., Garner, E., & Mannheimer, S. (2012) Factores asociados con la adherencia entre 5295 personas que recibieron terapia antirretroviral como parte de un ensayo internacional. *Revista de enfermedades infecciosas*, 208 (1). Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/233830117_Factors_Associated_WithAdhe
- OMS. (2010) *Guía de tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes. Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Ginebra: OMS.
- OMS. (2016) *Estrategia Mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021*.
- OMS (2020) *VIH/SIDA*. Obtenido de https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/#:~:text=El%20s%C3%ADndrome%20de%20inmunodeficiencia%20adquirida,c%C3%A1nceres%20relacionados%20con%20el%20VIH.
- OMS. (6 de julio de 2020). *VIH/SIDA Datos y cifras*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- OPS (2019) *VIH/SIDA*. Obtenido de: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>
- ONUSIDA. (5 de noviembre de 2019) *Más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial se encuentran entre los grupos de población clave y sus parejas sexuales*. Obtenido de https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2019/november/20191105_key-populations
- ONUSIDA (2020) *El informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida muestra que los objetivos de 2020 no se cumplirán debido a un éxito profundamente desigual; COVID-19 arriesga desviar los avances en VIH fuera de curso*. Comunicado de prensa. Obtenido de: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/july/20200706_global-aids-report
- OPS. (2011) *Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica*. Washington D.C.: Área de sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Antirretroviral-Experiencias-Exitosas-Tratamiento-Antirretroviral.pdf>



- OPS (2020) *Terapia Antirretroviral. Fondo Estratégico de la OPS*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/terapia-antirretroviral>
- Orcasita, L., Peralta, A., & Valderrama, L. (2010) *Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia*. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte* (31), 155-195.
- Orellana, G., & Morales, E. (2019) Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA en el hospital central de las fuerzas policiales. *Revista Facultad Medicina Humana*, 46-54. Obtenido de <http://inicib.urp.edu.pe/cgi/viewcontent.cgi?article=1087&context=rfmh>
- Pacífico, J., & Gutiérrez, C. (2015) Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 32(1), 66-72. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2015.v32n1/66-72/es>
- Pareja, R. (2011) *Epidemiología*. Argentina: Escuela de Enfermería. Obtenido de http://sistemas.fcm.uncu.edu.ar/enf-epidemiologia/Epidemiologia_2011.pdf
- Pérez, J., & Viana, L. (mayo-agosto de 2020) Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/sida. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 72(2), 1-14. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602020000200003
- Puigventós, F., Riera, M., Polo, R., Ortega, I., Martín, T., & Castillo, J. (2002) Estudios de adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)*, 119(4), 130-7.
- Ramos, M. (2014) Investigación retrospectiva para dar respuesta al origen de una enfermedad ocupacional músculo-esquelética. *Revista Salud de los Trabajadores*; 22(1): 65-70.
- Rovellé, C. (2013) *Factores asociados a falla en la adherencia de la terapia antirretroviral de gran actividad en adultos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que acuden a consulta ambulatoria de infectología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M. Lima Perú: Universidad Mayor de San Marcos*. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/12412/Revolle_rc.pdf?sequence=1&isAllowed=y



- Ruiz, I., Labry, A., & Prada, J. (2006) Impacto de los factores demográficos y psicosociales en la no adherencia a los fármacos antirretrovirales. *Revista Enferm Infección Microbiología Clínica*, 24(6), 373-8.
- Salgado, J., Haddad, B., Miranda, C., Martínez, C., García, B., Joanico, M., Balbuena, H. (2018) Calidad de vida y factores asociados a la no Adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH. Acapulco México 2016. *Atención Familiar*, 25(4), 136-140. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-in/new/resumen.cgi?idarticulo=82942>
- Santos, E., & Fuentes, A. (2006, p. 138) Efectos adversos de los fármacos antirretrovirales. Fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento. *Revista Anales de la Medicina Interna*, 23(7), 338-344. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006000700010
- Sebastián, M. (2016) *Relación de pareja en la unión libre*. *Revista Ajayu. Bolivia*. 14(2), 371-394. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612016000200008 *rence_Amongst_5295_People_Receiving_Antiretroviral_T herapy_as_Part_of_an_International_Trial*
- Serrano, F., Sánchez, P. (2012) *Tablas de contingencia y pruebas de asociación*. Universidad de Murcia. Obtenido de: https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/27921/3/SPSS_TCONTINGENCIA.pdf
- Tafur, E; Ortiz, C; Alafro, CO; Garcia, E; Faus, MJ. (2008) Adaptación del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral” (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *Revista Ars Pharm*. 49(3): 183-198.
- Untiveros, J. (2018) *Factores socio demográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en los pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima- 2018*. Universidad Cesar Vallejo. Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/16112>
- Urizar, C; Jarolin, M; Ayala, N; Centurión, Cl; Montiel, D. (2020) Factores Asociados a la no adherencia del tratamiento Antirretroviral en Pacientes con VIH en un hospital de Paraguay. *Revista Científica Ciencia Médica*. 23(2): 166-174.



- Varela, M., & Hoyos, P. (2015) La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de Salud Pública*, 528-540. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n4/528-540/es>
- Ventura, J., Conde, M., Morillo, R., Cortés, T., Casado, M. (2014) Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. Estudio ARPAS. *Revista Farmacia Hospitalaria*. 38(4): 291-299
- Villa, A., Moreno, L., & García, G. (2012) *Epidemiología y Estadística en Salud Pública*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.
- Villa, IC., Vinaccia, S. (2006) Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-Sida. *Revista Psicología y Salud*; 16(1):51- 62.



ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Al firmar este documento doy mi consentimiento para participar de este proyecto de investigación sobre: factores asociados a la adherencia del tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Puno, 2015-2020.

Se me informa que mi participación es de todo voluntaria y que se me aplicará una encuesta; luego de iniciada puedo rehusarme a no brindar información y mis respuestas no serán reveladas a nadie ni usadas para otro fin. En caso que tenga alguna pregunta puedo buscar a la investigadora quien me proporcionará la información que requiera.

Nombre del paciente:

Fecha:

.....

Firma del participante

.....

Firma de la investigadora



Anexo 2. Cuestionario para la evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)

Código:

Edad:	Reacción adversa a medicamentos
Sexo:	
Estado civil:	
Nivel de estudios:	Fecha:

Durante la última semana	Siempre	Más de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1 ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?					
2 Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?					
3 Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarlo?					
4 Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar los medicamentos?					

5 ¿Recuerda que medicamentos está tomando en este momento? -----

6	¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?	Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
---	--	------	-----------	---------	-----------	-------



		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7	¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de antirretrovirales?					
10	¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11	¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					
		Nunca	Alguna vez	Aproximadamente la mitad de las veces	Bastantes Veces	Siempre
12	¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13	Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					
14	¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Cómo evaluaría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
16	¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo



	medicamentos?					
17	¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
18	¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad
					Si	No
19	Desde que está en tratamiento ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/ más de uno? (Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?)					
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál?.....					

REACCIONES ADVERSAS	SI	NO
Náuseas		
Cefalea		
Dolor abdominal		
Anemia		
Rash		
Mareos		
Diarrea		
Vómitos		
Sueño		
Prurito		
Otras		
Ninguno		

Anexo 3. Base de datos

N°	Factores Sociodemográficos				Reacciones Adversas	Adherencia																			
	Edad	Sexo	Estado civil	Nivel de estudios		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
1	38	M	soltero	secundaria	náuseas	5	5	5	5	1	4	2	4	5	5	5	5	2	4	5	4	5	5	1	1
2	41	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	1	4	2	3	5	5	5	4	1	5	4	4	3	4	0	1
3	35	M	soltero	superior	cefalea	5	5	5	5	0	3	3	4	5	5	5	4	2	4	5	4	3	3	0	0
4	23	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	1	3	3	3	4	4	5	4	1	5	5	4	3	3	0	1
5	41	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	1	3	1	3	5	4	5	4	2	4	4	4	3	4	0	1
6	35	F	conviviente	secundaria	dolor abdominal	4	5	5	5	1	4	3	4	4	4	4	5	3	4	4	3	5	5	0	1
7	39	M	casado	secundaria	anemia	5	5	5	5	1	3	1	3	5	5	5	4	2	5	5	4	4	5	0	1
8	26	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	1	4	2	4	4	4	5	4	2	4	4	5	5	4	1	1
9	36	F	soltera	superior	cefalea	5	5	5	5	1	4	2	4	5	5	5	5	2	5	4	4	4	0	1	
10	32	M	soltero	secundaria	náuseas	5	5	5	5	0	3	1	3	5	5	5	5	2	4	4	4	4	5	0	1
11	31	F	soltera	secundaria	náuseas	5	5	5	5	1	3	1	3	5	5	5	5	1	5	5	4	3	5	0	1
12	63	M	divorciado	primaria	ninguna	5	5	5	5	0	5	3	4	5	4	5	5	3	4	4	4	5	5	0	1
13	26	M	soltero	secundaria	cefalea	5	5	5	5	1	3	2	4	5	5	5	4	2	5	4	5	5	4	0	1
14	28	M	soltero	superior	anemia	4	5	4	5	1	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	0	1
15	29	M	soltero	superior	rash	5	5	5	5	0	5	2	4	5	5	5	5	4	5	4	4	3	3	0	0
16	32	M	soltero	superior	anemia	4	5	4	5	1	4	4	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4	4	0	1
17	21	M	soltero	secundaria	mareos	4	5	5	5	1	3	3	3	5	5	5	4	2	5	4	4	3	4	0	1
18	25	M	soltero	superior	naúseas	5	5	5	5	1	5	1	4	5	5	5	5	2	4	4	4	5	4	1	1
19	20	M	soltero	superior	rash	5	5	5	5	1	4	2	4	5	5	5	5	2	5	4	4	5	5	0	1
20	23	M	soltero	secundaria	náuseas	4	5	5	5	0	3	3	3	4	4	5	4	2	4	4	4	3	3	0	0
21	31	M	soltero	superior	dolor abdominal	5	5	5	5	1	3	2	3	5	5	5	4	1	5	4	4	4	4	0	1
22	70	F	conviviente	secundaria	cefalea	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	1	1
23	27	M	soltero	superior	anemia	5	5	5	5	1	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	0	1
24	29	M	soltero	secundaria	náuseas	1	1	1	1	0	3	4	3	5	4	4	4	2	4	3	4	3	3	0	0
25	56	M	conviviente	secundaria	ninguna	5	5	5	5	1	3	2	4	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	1	1
26	22	M	soltero	secundaria	diarrea	5	5	5	5	0	5	2	3	4	4	5	4	1	4	3	4	3	4	0	1
27	39	M	soltero	superior	mareos	4	5	5	5	1	3	3	4	5	5	5	4	2	5	5	4	3	4	0	1
28	46	M	casado	superior	ninguna	5	5	5	5	1	3	1	4	5	5	5	4	2	5	5	4	4	4	0	1
29	32	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	0	3	1	3	4	4	5	4	2	4	4	4	5	5	1	1
30	25	M	soltero	superior	mareos	5	5	5	5	1	3	2	4	5	5	5	5	2	5	4	4	4	4	0	1
31	35	M	soltero	secundaria	cefalea	5	5	5	5	1	3	1	4	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	1	1
32	34	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	1	3	2	3	5	5	5	5	1	5	4	4	4	5	0	1
33	47	F	conviviente	secundaria	náuseas	5	5	5	5	1	5	2	4	5	5	5	4	2	5	5	5	5	5	1	1
34	31	M	soltero	primaria	anemia	4	5	5	5	0	5	2	3	5	5	5	4	2	4	4	4	3	4	0	0
35	27	M	soltero	superior	anemia	4	4	5	5	0	3	3	4	5	5	5	4	2	4	5	4	3	3	0	0
36	21	M	soltero	secundaria	vómitos	4	5	5	5	1	4	2	4	4	4	4	4	1	4	3	5	4	4	0	1
37	24	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	1	4	1	5	5	5	5	5	2	5	4	5	5	4	1	1
38	26	F	soltera	superior	náuseas	5	5	5	5	1	3	2	3	5	5	5	5	2	4	4	4	5	0	1	
39	24	M	conviviente	superior	mareos	5	5	5	5	1	4	2	4	5	5	5	5	2	5	4	4	5	4	1	1
40	42	M	conviviente	secundaria	rash	5	5	5	5	1	5	1	5	4	5	5	5	4	4	3	5	5	4	1	1
41	25	M	soltero	superior	anemia	5	5	5	5	1	3	2	3	4	4	5	4	3	4	3	4	3	4	0	0
42	28	M	soltero	secundaria	cefalea	5	5	5	5	1	3	2	3	5	5	5	4	2	4	4	4	3	4	0	1
43	26	M	soltero	secundaria	náuseas	4	5	5	1	1	3	2	5	4	4	5	4	2	4	5	4	3	4	0	1
44	29	M	soltero	superior	sueño	5	5	5	5	1	3	2	4	5	5	5	4	1	4	4	4	4	4	0	1
45	31	M	conviviente	secundaria	vómitos	5	5	5	5	0	3	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	2	3	0	0
46	34	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	1	3	2	4	5	5	5	5	2	5	4	4	5	4	1	1
47	34	M	soltero	superior	rash	5	5	5	5	1	3	2	3	5	4	5	4	2	4	4	4	3	4	0	1
48	56	M	casado	secundaria	rash	4	5	5	4	0	5	2	3	5	4	5	4	4	4	4	4	3	3	0	1
49	32	M	soltero	superior	vómitos	1	1	1	1	1	5	4	4	5	4	4	4	3	4	4	4	3	3	0	0
50	27	M	soltero	superior	sueño	5	5	5	5	1	4	1	4	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	1	1
51	21	M	soltero	superior	mareos	5	5	5	5	1	4	3	4	5	4	5	5	2	4	3	4	3	3	0	1
52	31	M	soltero	superior	prurito	5	5	5	5	1	3	3	4	5	5	5	4	2	4	4	4	3	4	0	1
53	50	M	casado	secundaria	náuseas	5	5	5	5	1	5	2	4	4	4	5	5	3	5	5	4	5	5	1	1
54	29	F	conviviente	primaria	anemia	5	5	5	5	1	4	2	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	3	0	1
55	20	M	soltero	secundaria	rash	5	5	5	5	0	3	1	3	5	5	5	2	2	5	4	5	5	0	1	
56	22	M	soltero	superior	rash	5	5	5	5	1	3	3	4	4	4	5	4	1	4	4	3	3	4	0	1
57	46	M	conviviente	superior	ninguna	5	5	5	5	1	5	1	4	5	5	5	5	3	5	5	4	5	5	1	1
58	28	M	soltero	superior	anemia	5	5	5	5	0	4	3	4	5	4	4	4	2	4	4	4	3	4	0	0
59	33	M	soltero	superior	vómitos	4	5	3	5	1	5	2	4	5	4	4	4	3	4	3	4	3	3	0	0
60	25	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	1	4	2	4	5	5	5	4	1	5	5	4	4	5	0	1
61	30	M	soltero	secundaria	rash	5	5	5	5	1	3	2	3	4	4	5	3	2	4	3	3	3	4	0	1
62	28	M	soltero	superior	anemia	5	5	5	5	1	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	0	1
63	20	M	soltero	secundaria	rash	4	4	5	5	0	3	1	4	4	4	5	4	3	5	4	5	3	5	0	1
64	50	M	casado	superior	ninguna	5	5	5	5	1	4	2	4	5	5	5	5	2	5	5	4	4	5	0	1
65	38	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	1	4	1	4	4	4	4	5	3	4	4	4	5	5	1	1
66	20	M	soltero	superior	rash	4	4	4	4	1	3	2	4	5	4	5	4	2	4	4	4	3	4	0	1
67	32	M	soltero	superior	anemia	5	5	5	5	1	5	2	4	5	5	5	4	3	4	4	4	3	4	0	1
68	26	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	1	3	1	4	4	5	5	5	2	4	5	4	5	5	1	1
69	36	M	soltero	superior	rash	5	5	5	5	1	3	2	3	5	5	5	5	2	5	5	4	5	5	1	1
70	27	M	soltero	superior	náuseas	5	5	5	5	1	3	2	4	5	4	5	4	2	5	5	4	3	4	0	1
71	23	M	soltero	secundaria	prurito	4	5	5	5	1	3	1	4	4	4	4	4	2	4	4	5	4	4	0	1
72	46	F	conviviente	secundaria	dolor abdominal	5	5	5	5	1	4	2	4	4	4	5	5	3	4	5	5	4	1	1	
73	24	M	soltero	superior	diarrea	5																			

Anexo 4. Codificación de respuestas del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)

Ítems	Puntaje
1	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
2	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
3	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
4	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
5	0 ninguno; 1 mitad; 2 todos (medicamentos)
6	1 mala a 5 buena
7	1 nada a 5 mucho
8	1 nada a 5 mucho
9	1 nada a 5 mucho
10	1 nada a 5 mucho
11	1 nada a 5 mucho
12	1 nunca a 5 siempre
13	1 nunca a 5 siempre
14	1 muy insatisfecho a 5 muy satisfecho
15	1 muy intensos a 5 nada intensos
16	1 mucho tiempo a 5 nada de tiempo
17	1 nada cumplidor a 5 muy cumplidor
18	1 mucha dificultad a 5 nada de dificultad
19	0 sí; 1 no
20	1 sí; 0 no

Nota: Adaptada de Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus (2008) en “Adaptación del Cuestionario

Interpretación

El resultado consiste en sumar los puntajes obtenidos en cada alternativa, teniendo en cuenta el valor de cada uno de los ítems. En el Anexo 5 se muestran la escala y valores de acuerdo al sumatorio total de los puntajes.



Anexo 5. Valoración de la Adherencia al tratamiento

Dimensión	Ítems	Escala y valores
Cumplimiento del tratamiento antirretroviral	1,5,7,12,19	
Antecedentes de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral	2,3,4	No adherente < 80 puntos Adherente > 80 puntos
Interacción con el médico	6,13	
Creencias del paciente	8,9,10,11,14,15,16,17,18	
Estrategias para mejorar la adherencia	20	

Nota: Tafur, Ortiz, Alfaro, García y Faus (2008) en “Adaptación del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) para su uso en Perú”

Anexo 6. Factor socio demográfico edad asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno.

EDAD	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	No adherentes		Adherentes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20-29 años	23	53,5	14	43,8	37	49,3
30-39 años	17	39,5	8	25,0	25	33,3
40-49 años	2	4,7	5	15,6	7	9,3
50 años a más	1	2,3	5	15,6	6	8,0
Total	43	100,0	32	100,0	75	100,0

Fuente:
Elaboración propia

Anexo 7. *Factor socio demográfico sexo asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional “MNB” de Puno.*

SEXO	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	No adherentes		Adherentes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	40	93,0	27	84,4	67	89,3
Femenino	3	7,0	5	15,6	8	10,7
Total	43	100,0	32	100,0	75	100,0

Fuente:

Elaboración propia

Anexo 8. *Factor sociodemográfico estado civil asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.*

ESTADO CIVIL	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	No adherentes		Adherentes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Soltero	38	88,4	20	62,5	58	77,3
Conviviente	3	7,0	8	25,0	11	14,7
Casado	2	4,7	3	9,4	5	6,7
Divorciado	0	,0	1	3,1	1	1,3
Total	43	100,0	32	100,0	75	100,0

Fuente:

Elaboración propia

Anexo 9. Factor sociodemográfico nivel de estudios asociado a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH de Hospital Regional “MNB” de Puno

NIVEL DE ESTUDIOS	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	No adherentes		Adherentes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria	2	4,7	1	3,1	3	4,0
Secundaria	17	39,5	10	31,3	27	36,0
Superior	24	55,8	21	65,6	45	60,0
Total	43	100,0	32	100,0	75	100,0

Fuente:
Elaboración propia

Anexo 10. Reacciones adversas a medicamentos asociados a la adherencia del TARGA en pacientes con VIH del Hospital Regional “MNB” de Puno.

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO					
	No adherentes		Adherentes		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin molestias	1	2,3	5	15,6	6	8,0
Náuseas	10	23,3	13	40,6	23	30,7
Cefalea	2	4,7	4	12,5	6	8,0
Dolor abdominal	2	4,7	1	3,1	3	4,0
Anemia	10	23,3	1	3,1	11	14,7
Rash	7	16,3	4	12,5	11	14,7
Mareos	3	7,0	2	6,3	5	6,7
Diarrea	1	2,3	1	3,1	2	2,7
Vómitos	4	9,3	0	,0	4	5,3
Sueño	1	2,3	1	3,1	2	2,7
Prurito	2	4,7	0	,0	2	2,7
Total	43	100,0	32	100,0	75	100,0

Fuente:
Elaboración propia

Anexo 11. Validación de instrumento por juicio de expertos

APRECIACION DEL INSTRUMENTO (Juicio de expertos)

N°	CRITERIOS	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		(1) SI	(0) NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	✓		
2	El instrumento responde a los objetivos a investigar	✓		
3	El instrumento responde a la operacionalización de las variables	✓		
4	La estructura que presenta el instrumento es secuencial	✓		
5	Los términos utilizados son comprensibles	✓		
6	El lenguaje utilizado se adecua a la población de estudio	✓		
7	El número de ítems es adecuado	✓		
8	Se debe incrementar el número de ítems (que y cuántos)		✓	
9	Se debe eliminar el número de ítems (cuales)		✓	
10	Guarda correspondencia cada técnica con su respectivo instrumento.	✓		

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

El instrumento es apropiado para su aplicación en la población de estudio.

EL INSTRUMENTO ES VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN

Dr. JAVIER DAYME LAYME
(MÉDICO CIRUJANO)
(MEDICINA INTERNA)
C.M.P.: 63524 - P.O.N.E.: 37524

Nota: _____



**APRECIACION DEL INSTRUMENTO
(Juicio de expertos)**

N°	CRITERIOS	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		(1) SI	(0) NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2	El instrumento responde a los objetivos a investigar	X		
3	El instrumento responde a la operacionalización de las variables	X		
4	La estructura que presenta el instrumento es secuencial	X		
5	Los términos utilizados son comprensibles	X		
6	El lenguaje utilizado se adecua a la población de estudio	X		
7	El número de ítems es adecuado	X		
8	Se debe incrementar el número de ítems (que y cuantos)		X	
9	Se debe eliminar el número de ítems (cuales)		X	
10	Guarda correspondencia cada técnica con su respectivo instrumento.	X		

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

El instrumento es adecuado para su aplicación

EL INSTRUMENTO ES VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN


 FELIX PAUL ORMICANALATA
 Anatomía Patológica
 C.M.P. 25851 R.N.E. 29318

Firma (Experto)

Nota: _____



APRECIACION DEL INSTRUMENTO
(Juicio de expertos)

Nº	CRITERIOS	APRECIACIÓN		OBSERVACIONES
		(1) SI	(0) NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	✓		
2	El instrumento responde a los objetivos a investigar	✓		
3	El instrumento responde a la operacionalización de las variables	✓		
4	La estructura que presenta el instrumento es secuencial	✓		
5	Los términos utilizados son comprensibles	✓		
6	El lenguaje utilizado se adecua a la población de estudio	✓		
7	El número de ítems es adecuado	✓		
8	Se debe incrementar el número de ítems (que y cuantos)		✓	
9	Se debe eliminar el número de ítems (cuales)	✓		
10	Guarda correspondencia cada técnica con su respectivo instrumento.	✓		

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Se considera un instrumento apropiado para su aplicación

.....

.....

EL INSTRUMENTO ES VÁLIDO PARA SU APLICACIÓN

Dr. Héctor A. Cánepa V.
MÉDICO INTERNISTA
C.M.P. 20124 - RUC 30E48
Firma (Experto)

Nota: _____



Anexo. Juicio de expertos

ITEM	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3
1	1	1	1
2	1	1	1
3	1	1	1
4	1	1	1
5	1	1	1
6	1	1	1
7	1	1	1
8	0	0	0
9	0	0	1
10	1	1	1

Run MATRIX procedure:

Krippendorff's Alpha Reliability Estimate

	Alpha	Units	Obsrvrs	Pairs
Nominal	.7212	10.0000	3.0000	30.0000

Judges used in these computations:

VAR00001 VAR00002 VAR00003

Examine output for SPSS errors and do not interpret if any are found

----- END MATRIX -----

Alpha de Krippendorff = 0.7212 = 72.12 % => Grado de fiabilidad aceptable

Alpha \geq 0.7, Grado de fiabilidad bueno.

Alpha $<$ 0.7, Grado de fiabilidad inaceptable.

Anexo 12. Prueba piloto “Alfa Cronbach”

N°	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH)																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	14	15	16	17	18	19	20
1	5	5	5	5	2	4	1	4	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	1	0
2	5	5	5	5	2	4	3	4	5	4	5	5	2	4	3	4	3	3	0	1
3	5	5	5	5	2	3	3	4	5	5	5	4	2	4	4	4	3	4	0	1
4	5	5	5	5	2	5	2	4	4	4	5	5	3	5	5	4	5	5	1	1
5	5	5	5	5	2	4	2	4	5	5	5	5	2	4	5	4	5	5	1	1
6	5	5	5	5	2	4	2	3	5	5	5	4	1	5	4	4	3	4	0	1
7	5	5	5	5	2	3	3	4	5	5	5	4	2	4	5	4	3	3	0	1
8	5	5	5	5	2	3	3	3	4	4	5	4	1	5	5	4	3	3	0	0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,821	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM 1	70,13	28,125	,000	,823
ITEM 2	70,13	28,125	,000	,823
ITEM 3	70,13	28,125	,000	,823
ITEM 4	70,13	28,125	,000	,823
ITEM 5	73,13	28,125	,000	,823
ITEM 6	71,38	19,982	,764	,785
ITEM 7	72,50	30,000	-,378	,847
ITEM 8	71,38	25,411	,536	,807
ITEM 9	70,38	27,696	,044	,828
ITEM 10	70,50	26,857	,186	,823
ITEM 11	70,13	28,125	,000	,823
ITEM 12	70,63	24,268	,678	,798
ITEM 13	73,13	21,839	,809	,784
ITEM 14	70,63	27,411	,077	,828
ITEM 15	70,63	25,411	,281	,822
ITEM 16	71,00	25,714	,637	,806
ITEM 17	71,38	19,125	,876	,773
ITEM 18	71,13	20,411	,820	,779
ITEM 19	74,75	23,357	,900	,788
ITEM 20	74,25	26,214	,493	,811



Interpretación

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los valores de los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- **Coeficiente alfa $>.8$ es bueno**
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable

Anexo 13. Solicitud de autorización a la institución para llevar a cabo la investigación

SOLICITA: Autorización para realizar encuesta

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO



Yo, Bilma Francisca VALDEZ GALLEGOS, con DNI 01282628, trabajadora del servicio del CERIST con el cargo de Biólogo. Ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo requisito realizar un trabajo de investigación para obtener el título de la segunda especialidad en Laboratorio Clínico y biológicos realizado en la Universidad Nacional del Altiplano, es que solicito a su dirección la autorización para realizar una encuesta a los pacientes con VIH/SIDA que acuden al servicio del CERIST de nuestro hospital, durante tres meses a partir de la fecha con el fin de iniciar la ejecución del proyecto titulado "Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional de Puno, 2015-2019". Para lo cual adjunto al presente los siguientes documentos:

- Constancia de aprobación del proyecto de tesis
- Declaración de Jurada del proyecto de tesis
- Copia del proyecto de tesis

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Usted, acceder a mi pedido por ser justo

Puno, 30 de Mayo de 2020

A. CAPACITACION

Bilma Francisca VALDEZ GALLEGOS
D.N.I. 01282628

Recibido 3/6/2020



Anexo 14. Oficio de respuesta para la ejecución de la investigación por la institución



REGION DE SALUD PUNO
HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
Av. el Sol N° 1022 - Puno Teléfonos 351021 - 369696

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Puno, 11 de Junio del 2020

OFICIO N° 024-2020-UADI-RHH-HR*MNB" - PUNO

Señor:

Biol. BILMA FRANCISCA VALDEZ GALLEGOS

Presente -

ASUNTO: AUTORIZA REALIZAR ENCUESTA

REF. SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA REALIZAR ENCUESTA.

Es grato dirigirme a Usted, para manifestarle que en atención a su solicitud presentada para realizar encuesta a pacientes con VIH/SIDA que acuden al servicio de CERITS del HRMNB. Se le **AUTORIZA EJECUTAR** las encuestas por el lapso de tres meses a partir de la fecha, debiendo hacer llegar el informe final del trabajo de investigación titulado FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIH/SIDA del HRMNB.

Sin otro particular Agradeciendo anticipadamente por la atención prestada a la presente, le reitero mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,



Anexo 15. Fotos de la ejecución del trabajo de investigación



