

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**

**UNAN-Managua**

**RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Tesis para optar al título de Medicina y Cirugía General**




**TÍTULO:**

“Comportamiento de la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana – Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida, de 15 a 59 años en el Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre, 2015”.

**AUTORES:**

-  Marisol Nohemí Gómez Lejarza
-  Guillermina de los Ángeles Contreras Arriola

**TUTORA:**

-  Dra. Clara González Moncada, MD, Msc, GO.  
Profesor Titular de la Cátedra de Microbiología, Parasitología e Inmunología

**Junio 2017, Managua, Nicaragua**

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos primero a Dios portador y fundador de toda sabiduría, conocimiento y ciencia, que ha dado la fuerza y vigor al hombre para enfrentarse ante el universo expectante y descubrir bajo su fúlgido crisol el mundo en derredor.

Agradecemos a nuestra tutora Dra. Clara Isabel González Moncada excelente ejemplo de lo que aspiramos a ser como futuros profesionales, de valor inigualable, alcance inestimable. A ella nuestra más sincera gratitud.

Agradecemos a nuestros padres, por apoyarnos y alentarnos física, económica y emocionalmente.

Agradecemos a la Lic. Gladys González por abrirnos las puertas de la clínica de pacientes PPVS (pacientes que viven con virus del SIDA), pero ante todo su área incansable de batalla y salón de dar esperanza a los más necesitados.

Agradecemos a Henry Pinell, joven muy dispuesto, colaborador y muy noble en la labor que se le fue encomendada, ya que sin él el trabajo no hubiese podido ser realidad.

Agradecemos a todo el personal que el tiempo y circunstancias y sobre todo Dios puso en nuestro camino para que la investigación hubiese sido posible.

E indiscutiblemente gracias, muchas gracias a cada uno de nuestros pacientes que más que abrir sus bocas para contestar cuestionarios, nos abrieron el corazón, ya que gracias a ellos podrán implementarse nuevas estrategias y métodos para dar frente y arrebatarse vidas a la pandemia del siglo presente: el VIH y el temor.

## **DEDICATORIA**

A Dios, quien es merecedor de toda gloria, honra, alabanza y honor por los siglos de los siglos.

A la Dra. Clara Isabel González Moncada, por creer en nosotras y ser una estrella que irradia su luz en este vasto universo.

A nuestras familias y pacientes.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación es descriptivo de corte transversal, se tomó a 110 pacientes aleatoriamente en la clínica de atención a pacientes con VIH-SIDA, del Hospital Alemán Nicaragüense, previo cumplimiento de criterios de inclusión, a través de cuestionarios directos y revisión de expedientes clínicos para conocer el comportamiento de la adherencia a la terapia antirretroviral con instrumentos reconocidos y validados en pacientes en edades entre los 15 y 69 años de edad. Se caracterizó socio demográficamente a la muestra en estudio, así como los factores del huésped, propios de la enfermedad, farmacológicos, del sistema de salud que se relacionan a la adherencia o no adherencia a la terapia antirretroviral. El 53 % de los pacientes reconocieron que dejaron de tomar sus medicamentos en alguna ocasión y solo aproximadamente el 56% de las personas presentó adherencia a los medicamentos, los demás expresaron verbalmente que en “alguna ocasión se los dejaron de tomar”. El apoyo de la familia influye en la adherencia al tratamiento. El 100% (32% del total de no adherentes) de los que presentan síntomas depresivos ha dejado de tomarse los medicamentos en alguna ocasión, entre otros interesantes hallazgos. Tal investigación, reviste vital importancia en nuestro medio, ya que en Nicaragua, no se reportan estudios que midan de manera global la adherencia a la terapia antirretroviral, y el comportamiento de ésta según factores relacionados directamente a ella, además los estudios encontrados en la materia son muy escasos y poco concluyentes. En el presente estudio, los hallazgos son comprometedores y enriquecerán en gran manera para implementación de estrategias que favorezcan la adherencia en esta población, per se formando parte de los objetivos del milenio de la ONU.

**Palabras Clave:** Adherencia, terapia antirretroviral, factores relacionados, pacientes VIH



# ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>I</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>II</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>III</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACION</b> .....	<b>3</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>5</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>10</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>12</b>
1. DEFINICIÓN DE ADHERENCIA A TAR EN PACIENTES CON VIH SIDA. ....	13
2. DEFINICIÓN DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL. ....	14
2. CRITERIOS PARA EL INICIO DE TAR EN PACIENTES ADULTOS .....	15
3. ESQUEMA RECOMENDADOS PARA TAR .....	16
4. RAM E INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS.....	16
6. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON VIH Y SIDA .....	17
7. FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	20
7.1 Factores personales (del huésped).....	20
7.2 Factores de la enfermedad .....	22
7.3 Factores farmacológicos.....	25
7.4 Factores del sistema de salud .....	26
<b>DISEÑO METODOLÓGICO</b> .....	<b>27</b>
1. TIPO DE ESTUDIO: .....	27
2. LUGAR DE ESTUDIO: .....	27
3. UNIVERSO .....	27
4. MUESTRA .....	27
5. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	27

6. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	27
7. FUENTE DE LA INFORMACIÓN .....	28
8. MÉTODOS, TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	28
9. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	31
10. ENUNCIADO DE VARIABLES .....	32
11. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	33
12. OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	39
13. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	40
14. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	41
15. ASPECTOS ÉTICOS: .....	41
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>DISCUSION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>57</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>58</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>62</b>



## INTRODUCCIÓN

La epidemia de SIDA constituye uno de los principales problemas de salud pública, con repercusiones devastadoras para la humanidad en el ámbito laboral, social y económico. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son los principales intervenciones en el campo de la atención integral a las personas que conviven con VIH/SIDA (PVVS); con la aparición de la terapia antirretroviral (TAR) se han logrado inmensos beneficios que se traducen en una reducción espectacular de las tasas de mortalidad y morbilidad, en mejor calidad de vida de los PVVS e incluso de la percepción que se tenía de VIH, de ser una afección mortal, convirtiéndola en una enfermedad crónica tratable.

Por tanto el acceso a la TAR ha sido declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia sanitaria mundial; en los países desarrollados se han logrado grandes progresos en el manejo de la infección por VIH con la aparición de la terapia antirretroviral (TAR), reflejándose en una reducción notable de las tasas de morbilidad y mortalidad, y por lo tanto en una mejor calidad de vida de las personas con VIH.

Se estima que en el mundo existen aproximadamente 6.8 millones de personas con VIH que requieren tratamiento de forma urgente para preservar sus vidas, pero solamente 1.65 millones (24%) de personas están recibiendo TAR, con gran disparidad regional: entre éstos el 65% en América Latina. Nicaragua es el país centroamericano donde más tardíamente se detectó la epidemia del VIH. A diciembre de 2008 se acumulan 3876 personas diagnosticadas con VIH en el país, y una cobertura del 62%.

De esta manera, el acceso universal a la TAR ha sido declarado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia sanitaria mundial. Así, en Noviembre del 2005, Nicaragua al igual que los otros países miembros del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), ratificó el compromiso establecido en la Cumbre del Milenio y la Sesión Especial de la Asamblea General





de Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (UNGASS). Los países firmantes de la Declaración de San Salvador (Albert JA, 2004) afirma: “Se comprometieron a tomar las medidas necesarias para disminuir la discriminación de las personas con VIH, reenfocar esfuerzos hacia la prevención, apoyar plenamente la Campaña Mundial sobre la Niñez y VIH y Sida, avanzar en el acceso al tratamiento universal e incrementar los presupuestos nacionales destinados a la respuesta al VIH” (pag. 545).

En Nicaragua la epidemia aún se encuentra en una etapa de bajo nivel, lo que brinda oportunidades importantes en el campo de la prevención y el tratamiento de las personas afectadas.

Nicaragua establece como uno de sus compromisos combatir el SIDA detener la propagación con la participación multisectorial e interdisciplinaria para el año 2015. El estado se compromete a facilitar el tratamiento antirretroviral a todas las personas que lo necesiten. (MINSAL, 2005. Pag.20)

Pese, a este relevante compromiso, en Nicaragua hay aún muy pocos estudios sobre el tema; y más aún, cuando se trata de adherencia al tratamiento, tema que reviste vital importancia, pues, es el factor de mayor peso en el éxito de la TAR. Siendo el Comportamiento de la no adherencia de sumo interés, más aun en nuestro contexto nacional, donde hay pocos estudios sobre el tema, lugar donde se encontró campo para realizar este estudio.



## **JUSTIFICACION**

La epidemia del VIH/SIDA se ha convertido en uno de los más importantes problemas de salud pública del presente siglo. En Nicaragua, la epidemia aún se encuentra concentrada, lo que brinda oportunidades importantes en el campo de la prevención y el tratamiento de las personas afectadas.

Según el último reporte de la OMS, “la región (Latinoamérica y el Caribe) ha hecho grandes progresos en la expansión del tratamiento antirretroviral (ARV) y se encuentra cerca al cierre de las brechas de cobertura universal al tratamiento. El número de pacientes en tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe sigue aumentando; en diciembre de 2012, ese número llegaba a 725 000. La cobertura de tratamiento ARV para América Latina es del 76% (66%-87%) y para el Caribe es de 71% (65%-77%).

Pese a estas alentadoras cifras, y maravillas logradas con la introducción de estos fármacos, el esfuerzo queda reducido a nada; y peor aún al desarrollo de resistencia; si no se acompaña de las estrategias adecuadas para lograr un buen apego y adaptación entre el paciente y éstos. Por lo tanto, la adherencia cumple un papel clave en garantizar la efectividad de los fármacos, habiéndose demostrado que una incorrecta adherencia se relaciona con el aumento de los ingresos hospitalarios, la evolución a SIDA, aumento en la resistencia a los fármacos, y es la principal causa de fracaso terapéutico. (Ladero L. 2005, Pag. 56).

Aquí, radica el centro de este estudio, para aportar información valiosa para la implementación de estrategias y métodos e intervenciones que mejoren la adherencia a los TAR, y por consiguiente la calidad de vida del paciente que padece de la infección VIH/sida. Ya que permitirá conocer a profundidad el comportamiento de la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) que ha sido poco estudiada en el contexto nacional. “Cabe destacar que, excepto por algunos



factores que han sido relacionados con una adherencia incorrecta en varios estudios, los resultados son frecuentemente no concluyentes o contradictorios” (Knobel H, 2005, pág. 34.). Por lo que resulta relevante el estudio del comportamiento de la adherencia del TAR, especialmente en Nicaragua, en donde encontrar información al respecto es mínima, el presente estudio puede brindar una fuente bibliográfica para futuros estudios referente a este tema y dejar un precedente científico en este recinto universitario, y sociedad nicaragüense.



## **ANTECEDENTES**

La Organización Mundial de la Salud (2004) señala que sólo un tercio de quienes tienen acceso a la terapia antirretroviral (TAR) toman su medicación adecuadamente, poniendo de manifiesto tasas de adherencia al tratamiento subóptimas y el poco impacto de éstas en el control de la enfermedad.

En Perú realizaron de un estudio para observar la adaptación del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral”(CEAT-VIH) en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, con una muestra de 41 individuos entre 28 y 70 años, demostraron que en los pacientes en tratamiento antirretroviral los factores que más influyen en la adherencia son: la motivación respecto al tratamiento antirretroviral, la confianza en las habilidades del mismo paciente y la actitud optimista hacia la vida. Así mismo, los pacientes no tienen estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento reflejando así una adherencia insuficiente por parte de los individuos en estudio. (Tafur-Valderrama Et al, 2006, pag. 67).

En el año 2007 se publicó un estudio realizado en África acerca de terapia antirretroviral encontrando que el 56.5% de los pacientes presentaron reacciones adversas menores transitorias con predominio de las gastrointestinales (35%) y neuropsiquiatrias (21.5%).

Otro estudio del 2007, realizado para determinar la adherencia de la TARGA en paciente VIH/SIDA en el cual se estudiaron a 91 pacientes. Se presentó un 61.5% de los pacientes no adherentes al TARGA, se encuentran en estadio SIDA y un 38.5 % en estadio VIH; según el estudio el 26.4% registró que el motivo principal por el cual dejaron de tomar la medicación fue porque alteraba su rutina de vida diaria; el 20.9% refiere que el motivo fue por los muchos efectos adversos que alteraba el funcionamiento normal de su organismo. (Gutiérrez, 2007, pag.23).

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) de Lima, Perú, 2007 elaboraron un estudio analítico de tipo observacional de corte transversal con una muestra de 465 pacientes al evaluar la adherencia, 35,9% de los encuestados resultó ser



no adherente a su tratamiento antirretroviral (IC95% 31,6 a 40,5), distribuyéndose en 59 mujeres (35,3%) y 108 varones (64,7%). El principal motivo de no adherencia referido por los pacientes fue el olvido de la toma del medicamento (64,1%), seguido de dificultad horaria (11,4%). (Alvis-Coll et al, 2007, pag. 44).

En México se realizó un estudio, para evaluar la no adherencia a la TAR se encontró que el 50% de los encuestado no son adherentes y que no presentan necesidad de adherencia al tratamiento, hay escasez de medicamentos, abandono de sus compañeros, trato inadecuado del personal encargado de la salud en las instituciones del estado, pues no siempre son trabajadores de la salud, efectos secundarios, depresión del paciente, porque extraña su estilo de vida con factores de riesgo. (Barrios-Rivas, 2009, p. 18).

Se encuestó 465 personas en Perú, 2009; la edad promedio fue  $36,8 \pm 9,1$  años; 64,1% eran varones, el 35,9% de los encuestados resultó ser no adherente. Los factores asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual (OR: 3,85, IC95% 1,98 a 7,51), tener una baja calidad de vida relacionada a la salud (OR: 6,22, IC95% 3,47 a 11,13), poco apoyo social (OR: 5,41, IC95% 3,17 a 9,22), no tener domicilio fijo (OR 3,34, IC95% 1,93 a 5,79), tener morbilidad psíquica (OR 2,93, IC95% 1,78 a 4,82) y tener mayor tiempo en tratamiento (OR 1,04, IC95% 1,02 a 1,07), siendo factores de tipo psicosocial los que influyeron de forma más importante en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral (Flores Barrios, 2009, p. 26).

Gonzales& Campos en el 2009 realizaron un estudio acerca de "Los factores de riesgo asociados con la falla virológica en pacientes infectados por el VIH que reciben terapia antirretroviral en un hospital público en el Perú" obtuvieron como resultado de 1, 478 registros de pacientes en TARGA analizadas, la edad media fue de 35 años [RIQ: 29-41] y el 69,6% eran varones.

Además, el fracaso virológico se produjo en el 24% y el 3,7% falleció. De los sujetos con fracaso virológico, 9,5% falleció. En el análisis multivariado, la edad, la historia del uso de antirretrovirales antes de iniciar TARGA, el cambio de la terapia



antirretroviral debido a la toxicidad, infecciones oportunistas durante el TARGA, el nivel de linfocitos CD4 + por debajo de 100 células / ml al inicio del TARGA, la adherencia y la etapa clínica se asociaron independientemente con fracaso virológico. En el grupo de pacientes sin antecedentes de uso de antirretrovirales antes de iniciar TARGA, la edad, las infecciones oportunistas durante el TARGA se asoció con fracaso virológico.

En el 2010 un estudio para evaluar el Precio y razones para el cambio precoz del primer TARGA en los pacientes VIH-1-infectados en 7 sitios en todo el Caribe y América Latina con una muestra de 5026 pacientes infectados por el VIH, reveló: el 35% eran mujeres, la edad media al inicio de la TARGA fue de 37 años, y la mediana de CD4 fue de 105 células / uL (RIC 38-200). La razón principal para el cambio entre los iniciadores de TARGA fueron eventos adversos (14%), la muerte (5,7%) y fracaso (1,3%) con efectos tóxicos específicos que varían entre los sitios. Después del cambio, la mayoría de los pacientes permanecieron en regímenes de primera línea (Cesar-Shepherd, 2010, p. 35).

En Madrid en el 2010 se valoró la adherencia a TAR en paciente con una o dos tomas diarias con un universo de 437 pacientes, de los cuales 85 pacientes se incluyeron en el grupo BID (dos veces al día) y 352 en el grupo QD (cuatro veces al día). El 75,6 % (322) completó los 12 meses de seguimiento, 63 pacientes en el grupo BID y 259 en el QD. Respecto a las pérdidas de pacientes, la causa más común de las mismas fue el cambio del TAR, el flujo de pérdidas de pacientes en ambos grupos de tratamientos fue similar (BID 24,1 % y QD 24,5 %;  $p=0,974$ ) (Sánchez, 2010, p.50).

La proporción de pacientes adherentes fue mayor en el grupo de tratamiento QD que en el grupo BID. Los resultados, sin embargo, no alcanzaron la significación estadística ( $p=0,060$ ). Los pacientes del grupo BID presentaron un riesgo de falta de adherencia 1,805 veces mayor que los pacientes del grupo QD (IC 95 % 0,971-3,356) (Sánchez, et al. 2010, p.51).



En 2010, en México se diseñó un estudio para evaluar la diversidad del VIH y la fármaco resistencia transmitida (TDR) de prevalencia y tendencia con una muestra de 1.655 pacientes con una prevalencia global del TDR 7,4% a cualquier medicamento ARV se encontró durante todo el período de estudio utilizando las puntuaciones de Stanford (SS) con un valor umbral de 15 (en resistencia a los medicamentos ARV menos de bajo nivel) (Ávila-García, 2010, p.66).

El uso de un umbral de puntuación de Stanford de 15 años, la prevalencia de la resistencia a los inhibidores de TDR RT nucleósidos (NRTI) fue la más alta (69/1655, del 4,2) seguido de los inhibidores de la RT no nucleósidos (NNRTI) 42/1655, de 2.5%, y los inhibidores de la proteasa (IP) (28/1655, del 1,7). La prevalencia del TDR a las múltiples clases de fármacos era baja con 0,8% (13/1655) y 0,1% (2/1655) de los pacientes que muestran resistencia a dos o tres clases de fármacos, respectivamente (Ávila et al, 2010, p.67).

En 2013 en El Salvador un estudio descriptivo de corte transversal, cuyo objetivo principal fue determinar el nivel de adherencia de las personas con VIH avanzado de la Red de Hospitales de Atención Integral del Ministerio de Salud en El Salvador y la determinación de la relación existente con determinantes sociales con una muestra de 362 pacientes, se determinó que el 23.7% de los hospitales no lleva registro; este resultado coincide con que el 58.6% que respondió que ha dejado de tomarse los medicamentos en alguna ocasión. Se infiere que más del 50% de las personas entrevistadas no son adherentes según datos de este estudio (Miranda et al., 2013, p.69)

A nivel Centroamericano se realizó en el año 2013 un estudio cualitativo bajo el programa de USAID y PASMO (Organización Panamericana de Mercadeo Social) de prevención combinada en VIH en cuatro países de Centroamérica, para identificar las barreras de las personas con VIH deben enfrentar para la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR); el estudio se realizó utilizando un enfoque cualitativo a través de las técnicas de entrevista a profundidad y grupos focales, en donde los sujetos a estudio fueron individuos seropositivos al VIH; que concluye la forma de concebir la adherencia actualmente, de la mucha



responsabilidad en el paciente lo cual incrementa la carga emocional para el mismo paciente.

En Nicaragua, al realizar una exhaustiva búsqueda se encontraron los siguientes estudios:

En el hospital Bertha Calderón Roque en un estudio que valoraba la efectividad de la terapia antirretroviral en pacientes embarazadas. Herrera, Matus, Matus (2012) refieren que encontraron que los fármacos antirretrovirales presentaron efectos adversos leves principalmente gastrointestinales que no fueron significativos para el abandono de la terapia.(p.32)

En el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera se estudiaron las **reacciones adversas medicamentosas** a la terapia antirretroviral con una muestra de 46 pacientes infantiles y se encontró que las afectaciones más frecuentes fueron gastrointestinales: náuseas(20%), vómito(15%) anorexia/hipoxemia(15%) diarrea(17%);pero principalmente dolor abdominal con casi la mitad de los casos(46%). En cuanto a la severidad la mayor parte fue leve (83%) seguido de las severas (14%) solamente se reportó un caso de tipo moderado (3%) (Baltodano, 2013, p. 25)





## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles el comportamiento de la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH - Sida, de 15 a 59 años en el Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre, 2015?



## OBJETIVOS

### Objetivo general:

- ✓ Conocer el comportamiento de la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana – Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida, de 15 a 59 años en el Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre, 2015.

### Objetivos Específicos:

- ✓ Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
- ✓ Clasificar clínicamente y según su adherencia a los pacientes en estudio.
- ✓ Identificar el Comportamiento de la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) según los factores del huésped.
- ✓ Mencionar los Factores propios de la enfermedad según el Comportamiento de la adherencia a la TAR.
- ✓ Plantear los factores farmacológicos según la adherencia a la TAR.
- ✓ Determinar los factores en el sistema de salud según la adherencia a la TAR.



## MARCO TEÓRICO

Los medicamentos antirretrovirales rompen con el mito del VIH/SIDA como sinónimo de muerte, dado que, de enfermedad terminal, pasa a convertirse en una enfermedad crónica con la cual es posible convivir. Pese a ello, el régimen de tratamiento, si bien ofrece esperanza real a las personas que sufren de esta enfermedad, también plantea la necesidad de asumir un compromiso personal ante las demandas de la terapia y a la vez revela la potencialidad individual para aprovechar de manera efectiva su vida.

A diferencia del modelo profiláctico, éste si influye directamente en la evolución del virus y retrasa la progresión de la enfermedad. (Entrevista Dr. Ricardo Boza Cordero, 2002) .Esta terapia es permanente y requiere la adherencia estricta a los medicamentos, de lo contrario se produce un fenómeno llamado resistencia.

Altice y Friedlander, (1998 ) afirma que la resistencia ocurre cuando una droga en particular deja de ser efectiva en contra de cualquier patógeno. En la infección por VIH/SIDA esto ocurre cuando el virus muta, es decir cambia en su estructura en una forma tal que una o varias drogas dejan de ser útiles en contra del virus. Al presentarse este problema, las posibilidades de enfermar y morir para la persona que abandona o no cumple con su régimen de tratamiento son inminentes. (pag, 78)

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico o incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas. (INFAC. 2011). Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas, aunque la tasa de incumplimiento puede variar mucho según la patología. En el contexto de las enfermedades crónicas, la OMS considera la falta de adherencia un tema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas: fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitario.



.Aunque no existe una definición universalmente aceptada, se propone la siguiente para los pacientes con infección por el VIH. Dr. Escobar y Dra. Polo. ( 2004 ) refiere : “adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral”. (pag,87)

### **1. Definición de Adherencia a TAR en pacientes con VIH SIDA.**

La adherencia terapéutica ha adoptado la siguiente definición: El grado en que el comportamiento de una persona pueda tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitarios (OMS y OPS, 2004).Es por tal que se asocia la adherencia a la enfermedad ya que el cumplimiento de esta determinara el estado clínico del paciente.

A diferencia de otras enfermedades crónicas, el VIH posee rápida velocidad de replicación y mutación del virus de inmunodeficiencia adquirida, hace que se requieran grados muy altos de adherencia (por ejemplo,  $\geq 95\%$ ) para lograr una supresión duradera de la carga vírica. Los estudios recientes de pacientes con infección por el VIH/SIDA han informado sobre bajas tasas de adherencia, similares a las observadas en otras enfermedades crónicas. La adherencia sub óptima puede conducir rápidamente a la resistencia, que luego puede transmitirse a otras personas. ( OPS y OMS, 2008). Las combinaciones nuevas, potentes y eficaces, de los agentes antirretrovíricos conocidas como tratamiento antirretrovírico altamente activo (TARA), han demostrado ser efectivos para reducir la carga vírica y mejorar los resultados clínicos. Sin embargo, el gran número de medicamentos incluidos, los complicados requisitos de dosificación y la tolerancia sub óptima hacen que la adherencia sea difícil. Dada la gran importancia de la adherencia al tratamiento antirretrovírico del VIH, resultan esenciales las buenas estrategias para maximizar la adherencia

### **Metodos para valorar adherencia**



El método ideal de medida de la adherencia debería ser altamente sensible y específico, permitir una medida cuantitativa y continua, fiable, reproducible, aplicable en diferentes situaciones, además de rápido y económico.

Existen varios métodos para calcular la adherencia que pueden ser clasificados en directos e indirectos métodos directos se basan en la determinación del fármaco en sangre, orina u otro fluido, por lo que no son de utilidad en la práctica clínica cotidiana. Las ventajas e inconvenientes de los métodos indirecto detallándose a continuación tres cuestionarios principales perteneciente al método de la entrevista personalizada, probablemente el más práctico desde la perspectiva de un profesional sanitario. (Notas farmacéuticas. Vol. 13.2009, Pág. 47).

Según los resultados obtenidos en los distintos estudios de validación, el cumplimiento de la dosis a la hora correcta (test de SMAQ) es un método sensible y el mejor en la detección de pacientes con falta de adherencia, mientras que el cumplimiento auto comunicado (test de Haynes-Sackett) presenta mayor especificidad, siendo más útil en pacientes con buena adherencia la más utilizado de los tres en nuestro entorno es el test de Morisky-Green, sencillo en su utilización y disponible en el sistema informático de historia clínica al que tienen habitualmente acceso médicos y enfermera.

## **2 Definición de terapia antirretroviral.**

La terapia antirretroviral altamente activa (TARA) es la combinación de al menos **tres** fármacos ARV con actividad contra el VIH.

El primer esquema empleado en los PVVS es el más importante y determinante del éxito terapéutico. (MINSA. 2003,pag. 64). El mejor momento para iniciar TARA es cuando no hay daño irreversible del sistema inmune y no han aparecido cepas resistentes.

*A continuación los objetivos del TAR*

- Preservar la función inmune.



- Mejorar la calidad de vida.
- Reducir la morbi-mortalidad asociada a la infección por el VIH.
- Prevenir la transmisión vertical.

#### Metas del TAR

- Viroológica: supresión de la carga viral (CV) al máximo (<50 copias/ml)
- Inmunológica: restaurar y preservar la función inmune (linfocitos CD4+)
- Clínica: mejorar la calidad de vida
- Epidemiológica: reducir morbi-mortalidad relacionada al VIH

Indicaciones para el inicio de la TAR:

Pacientes Sintomáticos: todo paciente con diagnósticos establecido de VIH o SIDA, cualquier condición que reúna los criterios de categoría A3,B3 o C1,C2 C3.

Pacientes Asintomáticos: con conteo de linfocitos totales CD4 + y CV. Iniciar el tratamiento cuando el conteo celular CD4+ es igual o mayor de 500 células/mm<sup>3</sup>.

## 2. Criterios para el inicio de TAR en pacientes adultos

CATEGORÍA CLÍNICA	CD4+	CV PLASMÁTICA
Infección aguda	Cifra indistinta	Cualquier valor
Infección crónica asintomática	> 350	< 100,000 copias/mL
	> 350	>100,000 copias/mL
	< 350	Cualquier valor
Infección crónica sintomática	Cualquier valor	Cualquier valor

Fuente: Ministerio de Salud según protocolo Manejo para VIH 2010.



### 3. ESQUEMA RECOMENDADOS PARA TAR

Zidovudina + Lamivudina + EFV o Nevirapina (AZT + 3TC + EFV o NVP)

Zidovudina + Lamivudina + Lopinavir/ritonavir (AZT + 3TC + LPV/r)

Abacabir + Lamivudina + Lopinavir/ritonavir (ABC + 3TC + LPV/r)

Zidovudina + Lamivudina + Nelfinavir (AZT + 3TC + NFV)

#### **DOSIS AVR (antirretroviral) MÁS USADAS:**

Zidovudina: 600 mg/día

Lamivudina: 300 mg/día

Nevirapina: 400 mg/día

Lopinavir/ritonavir: 800 mg/día

#### 4. RAM e interacciones medicamentosas

- 1) Toxicidad hepática
- 2) Acidosis láctica
- 3) Pancreatitis
- 4) Reacciones de hipersensibilidad
- 5) Anemia, neutropenia, náuseas, cefalea, insomnio, dolores musculares
- 6) Diarrea, dolores abdominales, exantema
- 7) Fiebre, hepatitis

Lipodistrofia, astenia, hiperglucemia, siendo las reacciones adversas usualmente más presentadas en estos pacientes (MINSA. 2003,pag. 64).



## 6. Clasificación clínica de los pacientes con VIH y SIDA

### CLASIFICACION DE LOS ESTADIOS CLINICOS SEGÚN OMS

#### **Estadio clínico I (Asintomático)**

- Asintomático.

Linfadenopatía generalizada persistente.

#### **Estadio clínico II (Enfermedad leve)**

- Pérdida de peso leve inexplicable (< 10%).
- Infecciones recurrentes del tracto respiratorio (sinusitis, tonsilitis, otitis media y faringitis).
- Herpes zoster.
- Queilitis angular.
- Erupción prurítica popular.
- Dermatitis seborreica.
- Infecciones fúngicas de las uñas.

#### **Estadio clínico III (Enfermedad moderada)**

- Pérdida de peso severa inexplicable (> 10%).
- Diarrea crónica inexplicada > de 1 mes.
- Fiebre persistente inexplicada > de 1 mes.
- Candidiasis oral persistente.
- Leucoplaquia pilosa oral.
- Tuberculosis pulmonar.





- Infecciones bacterianas graves (neumonía, empiema, piomiositis, infecciones de huesos y articulaciones, meningitis, bacteriemia).
- Estomatitis ulcerativa necrotizante aguda, gingivitis o periodontitis.
- Anemia inexplicada ( $< 8$  g/dl), neutropenia ( $< 0.5 \times 10^9$ /litro) o trombocitopenia crónica ( $< 50 \times 10^9$ /litro).

#### **Estadio clínico IV (Enfermedad severa)**

- Síndrome de desgaste.
- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
- Neumonía bacteriana severa recurrente.
- Infección por herpes simplex crónico (orolabial, genital o anorectal) de más de un mes de duración o visceral en cualquier sitio.
- Candidiasis esofágica (o de la tráquea, bronquios o pulmones).
- Tuberculosis extrapulmonar.
- Sarcoma de Kaposi.
- Infección por Citomegalovirus (CMV, retinitis o infección de otros órganos).
- Toxoplasmosis cerebral.
- Encefalopatía por VIH.
- Criptococosis extrapulmonar incluyendo meningitis.
- Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas.
- Criptosporidiasis con diarrea  $> 1$  mes.
- Isosporidiasis con diarrea  $> 1$  mes.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.



- Peniciliosis.
- Criptosporidiasis.
- Isosporidiasis crónica.
- Micosis diseminada (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis).
- Septicemia recurrente (por *Salmonella* no *tiphy*).
- Linfoma (cerebral o de células B, no Hodgkin).
- Carcinoma cervical invasivo.
- Leishmaniasis atípica diseminada.
- Nefropatía sintomática asociada a VIH o cardiomiopatía asociada a VIH.

CLASIFICACION CDC

Sistema de clasificación

Conteo de células CD4+	Categoría clínica		
	A	B	C
Mayor o igual a 500/mm <sup>3</sup>	A1	B1	C1
200 – 499/mm <sup>3</sup>	A2	B2	C2
Menor a 200/mm <sup>3</sup>	A3	B3	C3

Fuente: Ministerio de Salud. Manejo del paciente con VIH.2010.

Categoría Clínica A	Categoría Clínica B	Categoría Clínica C
Infección	Sintomático,	Candidiasis esofágica, traqueal y bronquial.



<p>asintomática por VIH. Linfadenopatía generalizada. Enfermedad primaria por VIH.</p>	<p>sin condiciones de categoría clínica A o C. Angiomatosis bacilar. Candidiasis vulvovaginal persistente o con pobre respuesta al tratamiento. Candidiasis orofaríngea. Displasia cervical severa o carcinoma in situ. Síndrome constitucional (fiebre, pérdida de peso). Diarrea mayor de un mes.</p>	<p>Coccidiomicosis extrapulmonar. Criptococosis extrapulmonar. Cáncer cervico - uterino invasor. Criptosporidiasis intestinal crónica (mayor de un mes). Retinitis por CMV. Encefalopatía por VIH. Herpes simplex con úlcera mucocutánea mayor de un mes, bronquitis, neumonía. Histoplasmosis diseminada extrapulmonar. Isosporidiasis crónica (mayor de un mes). Sarcoma de Kaposi. Linfoma de Burkittinmunoblástico primario del cerebro. Infección por M. avium o M. kansasii extrapulmonar. Neumonía por P. carinii. Neumonía recurrente (dos episodios por año). Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Bacteremia recurrente por Salmonella spp. Toxoplasmosis cerebral. Síndrome de desgaste.</p>
--	---	--

Fuente: (MINSa, Modulo de capacitación para personal de salud. Manejo para VIH.Minsa., 2010)

## 7. FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Kindelán, Valero, Martín, Ruiz, Saiz, Ortega; y Fernando.( 2010) refiere: Un principio fundamental para comprender la adherencia al tratamiento es que ésta se debe principalmente al comportamiento del individuo (lo que hace y deja de hacer)



en función de los objetivos terapéuticos, y que por lo tanto, tendrá influencia directa sobre su salud y su calidad de vida. (pag 104)

Pero a este principio hay que agregarle otros elementos (denominados aquí como “factores” del individuo, de la enfermedad, del contexto y de su interacción) importantes para comprender de manera funcional, cómo, cuándo, por qué y para qué se desarrolla el comportamiento de adherencia.

A este respecto, se encontró que existen diversas clasificaciones de los factores asociados con la adherencia al tratamiento. Una de ellas fue propuesta por (Meichenbaum y Turk. 1991). Quienes después de revisar varios estudios formaron cuatro grupos de variables: las del paciente, de la enfermedad, del tratamiento y de la relación con el profesional de la salud.

La OMS plantea que existen cinco grupos de factores: socioeconómicos, relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el tratamiento y con el sistema de asistencia sanitaria.

Como puede observarse, hay coincidencia en algunas de las categorías; sin embargo, mientras que para (Meichenbaum et.al. 1991). Los factores socioeconómicos están incluidos en los del paciente, en cambio la OMS diferencia cada uno de los factores involucrados. Asimismo, en la primera clasificación, se mencionan las variables de la relación con el profesional de la salud que para la OMS hacen parte, de los factores del sistema de salud.

La revisión de múltiples investigaciones sobre el tema permitió reconsiderar estas categorías y adoptar un nuevo planteamiento de clasificación, que incluye un nuevo factor relacionado con aspectos sociales e interpersonales y unir aquéllos relacionados con la enfermedad y con el tratamiento en uno solo.



## **7.1 Factores personales (del huésped)**

Los factores personales se refieren a las características del paciente. Específicamente para el caso de la adherencia al tratamiento en el VIH/sida, según (Kindelán et.al., 2005) .Los principales factores que tienen evidencia empírica son las variables sociodemográficas, algunas de tipo cognitivo, emocional y de la motivación, el afrontamiento de la enfermedad, los problemas psiquiátricos, el consumo de sustancias psicoactivas y la historia de tratamientos previos al diagnóstico de VIH/sida.

### **7.1.1. Las características sociodemográficas**

En general, han sido relacionadas con la adherencia al tratamiento en VIH/sida. No obstante, existe una gran divergencia respecto al papel de estas características como aspectos que facilitan u obstaculizan la adherencia. (Varela et. al. 2008). Por ejemplo, algunos autores reconocen la edad como un obstáculo para la adherencia al tratamiento mientras que otros afirman que la vejez sería un facilitador.

En cuanto al nivel educativo parece existir un mayor acuerdo, pues se indica que un bajo nivel educativo se asocia como un obstáculo para la adherencia al tratamiento; Respecto al nivel de ingresos familiares se afirma que cuando éstos son bajos, constituyen un obstáculo para la adherencia al tratamiento, mientras que ingresos altos pueden actuar como un facilitador.

Por otra parte, algunas características del domicilio del paciente como tener o no donde vivir, las personas con quien se vive, vivir solo, vivir lejos de la familia nuclear, cambiar de casa o de ciudad después del diagnóstico han sido relacionadas como facilitadores de la adherencia al tratamiento por varios estudios antes mencionados.

Finalmente, se mencionan otras características sociodemográficas en relación con la adherencia al tratamiento como la condición socioeconómica, el sexo y el estado civil, pero no existe una fuerte evidencia al respecto de estos factores antes mencionados.



7.1.2. Otro factor personal relacionado con la adherencia al tratamiento en VIH/sida es la **historia de tratamientos de la persona**, incluyendo tratamientos anteriores al diagnóstico de VIH/sida y los comportamientos de adherencia en el pasado que podrían ser un facilitador o un obstáculo, según hayan sido eficaces o no, respectivamente.

7.1.3. Los **factores cognitivos**, por su parte, han sido ampliamente relacionados con la adherencia al tratamiento en VIH/sida.

7.1.4. A nivel **emocional** han sido identificados como obstáculos para la adherencia al tratamiento, factores como la presencia de indicadores de trastornos depresivos, de ansiedad y de estrés. Por el contrario, la presencia de estados afectivos y emocionales positivos se ha relacionado como un facilitador de la adherencia, pero con poca evidencia.

7.1.5. Entre los factores a nivel de la **motivación** se informa, por ejemplo, sobre la intención de no tomarse los medicamentos antirretrovirales, la cual funcionaría como una barrera para la adherencia al tratamiento, mientras que una actitud positiva frente a éstos sería un facilitador para adherirse a la TAR.

Lo que se observa con respecto a los factores de la motivación es que se cuenta con menor evidencia que en los demás factores personales y su relación con la adherencia al tratamiento.

7.1.6. Otro aspecto personal que se ha relacionado con la adherencia es el **afrontamiento** del diagnóstico, el tratamiento y sus efectos secundarios, así como de la evolución y el pronóstico de la enfermedad. Varela et. al.( 2008) afirma: que un afrontamiento adecuado sería un factor que favorece la adherencia al tratamiento.(pag.71)

7.1.7. Los **indicadores de problemas psiquiátricos** presentan una situación similar. Para varios estudios la presencia de estos indicadores sería un obstáculo para la adherencia y su ausencia sería un facilitador.



7.1.8. Por último, un factor personal asociado fuertemente con la adherencia al tratamiento es el **consumo actual de alguna sustancia psicoactiva**, así como los antecedentes de consumo, que en cualquier caso, se considera como una barrera para la adherencia al tratamiento. La ausencia de este elemento, es un factor a favor de la adherencia.

### 7.1.9 Factores sociales/interpersonales

Los factores sociales/interpersonales hacen referencia a aquellos aspectos particulares de las relaciones que establece el paciente con su familia, amigos, profesionales de la salud y con el entorno en general, que afectan la adherencia al tratamiento.( Guell, 2008). La percepción de apoyo social y la relación entre el médico tratante y el paciente son los aspectos sociales/interpersonales más estudiados y con mayor evidencia en el área de la adherencia.

7.1.9.1. La **percepción de apoyo social**, en términos de existencia de sistemas de apoyo, tipo de apoyo y eficacia percibida, ha sido relacionada ampliamente como un facilitador de la adherencia al tratamiento, mientras que un bajo nivel de apoyo percibido se relaciona con un obstáculo

7.1.9.2. La **relación entre el médico tratante y el paciente** ha sido también ampliamente explorada. “La evidencia indica que cuando ésta se caracteriza por satisfacción con la relación, confianza para expresar dudas, una percepción positiva del paciente sobre la competencia del profesional, sentimientos positivos, amabilidad en el trato, empatía, retroalimentación al paciente y confidencialidad, entre otros, favorece la adherencia al tratamiento, y que por el contrario, cuando existe una percepción negativa de la relación con el médico”.(Miranda, 2013. Pag. 90). Otros factores sociales/interpersonales estudiados como obstáculos para la adherencia al tratamiento son el ocultar el diagnóstico, sin mayores conclusiones al respecto.

## 7.2 Factores de la enfermedad

El **perfil clínico y la progresión de la enfermedad**, que incluye aspectos como el tiempo de infección estimado, el tiempo de diagnóstico, el estado inmunológico



(carga viral, CD4, estadio CDC), entre otras, presenta una asociación con la adherencia al tratamiento que sigue siendo polémica. Así, algunos estudios relacionan un pobre estado inmunológico con la baja adherencia al tratamiento

La **comorbilidad** con otra(s) enfermedad(es) se ha relacionado principalmente como barrera para la adherencia al tratamiento.

Otros factores de la enfermedad y del tratamiento asociados como obstáculos de la adherencia al tratamiento, en menor medida, son el costo del tratamiento.

Este grupo de factores involucra aquellos aspectos y características del VIH/sida y del régimen terapéutico, incluyendo no sólo la TAR, así como sus implicaciones en el estilo de vida. (TAFUR y VALDERRAMA, 2006). De acuerdo con los estudios realizados, los factores de la enfermedad y del tratamiento relacionados con la adherencia al tratamiento en VIH/sida serían los efectos adversos de la TAR, la complejidad del régimen terapéutico, la interrupción de la rutina diaria y el estilo de vida, el costo del tratamiento y la interrupción o modificación del régimen terapéutico.

### **7.3 Factores farmacológicos**

Los **efectos adversos de la TAR** presentan una relación negativa con la adherencia al tratamiento, y específicamente, en la medida que sean mayores los efectos menor es la adherencia, mientras que la ausencia de dichos efectos se relaciona con una mayor adherencia.

Asimismo, la alta complejidad del régimen terapéutico se ha considerado como obstáculo para la adherencia al tratamiento con suficiente base empírica, y por el contrario, la baja complejidad como un factor que la favorece.

Respecto a la **interrupción de la rutina diaria y del estilo de vida** como consecuencia del TAR y del régimen terapéutico, parece existir consenso en los hallazgos, pues las pruebas la señalan como una barrera para la adherencia al tratamiento en VIH/sida.





En diversos estudios se ha demostrado que la complejidad del tratamiento está asociada a la falta de adherencia, estableciéndose que la adherencia disminuye cuando aumenta el número de pastillas al día, la frecuencia de administración y cuando el tratamiento es prolongado en el tiempo; Cuando el tiempo en el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es mayor, hay mayor probabilidad de ser no adherentes.

Un importante porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que les produce las reacciones adversas, por lo que varios estudios manifiestan que es un factor claramente relacionado con la adherencia. (Kindelán et.al. 2005). Del mismo modo, el consumo activo de drogas no resulta estar asociado significativamente.

#### **7.4 Factores del sistema de salud**

Los factores del sistema de salud son aquéllos relacionados con el acceso a los servicios de salud y las características de la(s) institución(es) en las que el paciente es atendido. (TAFUR et.al. 2006) afirma: Los factores han sido poco explorados, en la mayoría de los casos se trata de la percepción que el paciente tiene sobre ellos y existe poca evidencia respecto al tema, por lo cual resulta inadecuado concluir al respecto. (pag.89)

En términos generales, se ha informado que las barreras en el sistema de salud (e.j., medicamentos que cubre el sistema de salud, costos, tramitología excesiva para obtener los ARV, etc.), el acceso a consultas, hospitalización, medicamentos y pruebas pronósticas, las barreras geográficas para acceder al servicio de salud (transporte, ubicación del centro de salud) y la afiliación a la seguridad social son obstáculos para lograr la adherencia al tratamiento.



## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **1. Tipo de estudio:**

Estudio descriptivo de corte transversal.

### **2. Lugar de estudio:**

Área de atención a pacientes con VIH – SIDA, en el servicio de epidemiología del Hospital Alemán Nicaragüense, situado en la ciudad de Managua, departamento de Managua, Nicaragua. Este hospital, es de atención general, con nivel de atención secundaria, y cobertura de una población de alrededor de 40 mil habitantes y diversas especialidades médicas, destacándose entre ellas los siguientes servicios de cirugía, materno infantil y medicina interna.

### **3. Universo**

Todos los pacientes con VIH – SIDA, que reciben terapia antirretroviral, y cumplen con todos los criterios de inclusión, atendidos en el hospital antes mencionado, el hospital cuenta con un sistema de información de datos del programa en donde se registran a los pacientes llevando hasta la fecha del estudio 453 pacientes.

### **4. Muestra**

La muestra fue recolectada a través del método no probabilístico por conveniencia.

### **5. Unidad de análisis**

La unidad de análisis estuvo compuesta por los pacientes que cumplieron los criterios de selección, firmaron el consentimiento informado, respondieron el instrumento y tenían completos los datos en el expediente clínico. Constituyendo la muestra real de 110.

### **6. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **6.1. Criterios de Inclusión:**

1. Todo paciente cuyo expediente clínico esté completo.
2. Todo paciente con inicio de respectiva TAR, en el Hospital antes mencionado.



3. Todo paciente con total disposición voluntaria a participar en el estudio, y que haya firmado previamente el consentimiento informado. (en caso de aplicación de la encuesta).
4. Todo paciente con exámenes completos, según la guía de tratamiento antirretroviral para pacientes VIH – Sida. (MINSa, 2010).
5. Todo paciente con tiempo de inicio de terapia igual o mayor a un mes.

## **6.2. Criterios de Exclusión:**

1. Pacientes cuyos expedientes clínicos sean ambivalentes con respecto a respuestas de pacientes.
2. Pacientes que abandonan la TAR.
3. Pacientes cuyos expedientes son poco congruentes, o carecen de los exámenes de gabinete, previamente establecidos, según normativa.
4. Pacientes que niegan participación voluntaria. (en caso de encuesta.)
5. Todo paciente que luego de iniciada la encuesta la abandona.

## **7. Fuente de la Información**

La fuente de información fue de tipo primaria, dada por los datos que se obtuvieron a partir de la información brindada por cada una de las unidades de análisis; y secundaria, aquellos datos obtenidos de los expedientes clínicos.

## **8. Métodos, Técnica e Instrumentos para la recolección de la información**

El método de recolección usado fue la encuesta, a través de una entrevista estructurada.

El instrumento utilizado para dicha entrevista estaba conformado por 2 partes:

1. Formulario: contenía preguntas cerradas, sobre dosis de fármacos, horarios de ingesta, reacciones adversas, empleando el cuestionario de adherencia de SMAQ que mide la adherencia en sí al tratamiento, el Cuestionario de GOLBERG que



valora y distingue la presencia de indicadores de depresión y ansiedad; y el test de Duke que valora la percepción emocional del apoyo que recibe el paciente de sus semejantes con preguntas que se miden a través de un puntaje establecido

2. Ficha de recolección del expediente clínico: incluía datos sobre características clínicas y sociodemográficas del paciente y el esquema de tratamiento que recibe, haciendo uso de los expedientes clínicos de la muestra participante.

### **Formulario**

Es un formulario estructurado, conformado por los siguientes acápite:

- **Datos sociodemográficos:** edad, sexo, estado civil, procedencia, escolaridad y religión.
- **Cuestionario SMAQ ; Cuestionario de apoyo funcional de Duke Y Cuestionario de GOLBERG**

En el presente estudio se utilizó el Test de **SMAQ** para medir la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral. Este test de SMAQ consiste en un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas:

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez la medicación?
2. ¿Toma los fármacos siempre a la hora indicada?
3. Alguna vez ¿deja de tomar la medicación si se siente mal?
4. ¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?
5. En la última semana ¿Cuántas veces no tomo alguna dosis . Encierre en un círculo.

A – Ninguna

B- 1 o 2

C – 3 a 5



D – 6 a 10

E – 10 a mas

6. Desde la última visita ¿Cuántos días completos no tomo la medicación

Con respecto al test de **DUKE**, se pretende medir la parte psico emocional del paciente y luego observar la adherencia según la clasificación de la percepción de apoyo que percibe el paciente.

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
<b>Puntuación Total</b>					

Test de **GOLBERG**

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg es tanto una prueba de detección, con usos asistenciales y epidemiológicos, como una guía del interrogatorio. Se trata de un test que no sólo orienta el diagnóstico hacia ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), sino que discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades.

El Cuestionario de Goldberg, o E.A.D.G. en la versión española (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), fue desarrollado por este autor en 1988 a partir de una versión modificada de la



Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje. La versión en castellano ha sido validada por Montón C. y cols. (1993).

Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 **items**. Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado *en las últimas dos semanas* alguno de los síntomas a los que hacen referencia los items; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. (Montón et al., 1993)

Su sencillez, unida a los buenos índices de sensibilidad y especificidad, a su capacidad discriminante entre ansiedad y depresión y a su capacidad de aportar información dimensional sobre gravedad, han hecho que esta escala haya sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la Atención Primaria. (Goldberg, 1989)

### **9. Validación del instrumento mediante prueba piloto: Formulario y ficha de recolección de información**

Antes de la recolección de los datos se realizó la validación del Instrumento mediante una prueba piloto. Con el objetivo de determinar si era fácil de comprender, no presentaba ambigüedades, ni confusiones y si se podían obtener los datos necesarios para el estudio. Del 18 al 22 de mayo del 2014 se realizó una prueba piloto en un grupo de 30 pacientes que asistieron a consulta médica en el Programa de VIH en consulta externa del hospital Alemán Nicaragüense, los cuales cumplían los criterios de selección; esto con el propósito de detectar dificultades en el proceso de aplicación, lectura y entendimiento del formulario.



A cada paciente se le entrevistó con el formulario y se les solicitó realizaran observaciones sobre preguntas confusas o difíciles de comprender. De igual manera, los responsables de este estudio, extrajeron los expedientes clínicos de estos pacientes para aplicar la ficha de recolección de datos e identificar fallas en la misma.

Se realizaron las correcciones apropiadas, cambiando la redacción de algunas preguntas de tal forma que fueran más accesibles a los pacientes. Además se agregó explicación a interrogantes para que el paciente entendiera lo que se preguntaba.

## 10. Enunciado de variables

---

### Objetivos y Variable

#### Objetivo N° 1

Características sociodemográficas

#### Objetivo N° 2

Clasificación clínica y Adherencia

#### Objetivo N°3

Factores del Huésped

#### Objetivo N°4

Factores de la enfermedad

#### OBJETIVO N°5.

Factores farmacológicos

#### Objetivo N°6.

Factores en el sistema de salud

---



## 11. Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Valor / Escala</b>
<b>Características socio demográficas</b>	Son aquellas características generales que describen los aspectos sociales, demográficos y culturales de la población en estudio.	<b>Edad</b>	Años	15 – 23 años 24 – 32 años 33 – 41 años 42 – 50 años
		<b>Sexo</b>	Fenotipo	Masculino Femenino
		<b>Escolaridad</b>	Nivel académico	Analfabeta Alfabeta Primaria Secundaria Bachiller Técnico Universitario Profesional
		<b>Procedencia</b>	Lugar / Zona	Urbana Rural
		<b>Ocupación</b>	Condición laboral	Empleado





				Desempleado
		<b>Estado Civil</b>	Tipo de relación	Soltero/a Acompañado/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a
		<b>Religión</b>	Credo/ creencias religiosas	No profesa Católico Evangélico Testigo de Jehová Adventista Otros
<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor / Escala</b>
<b>Clasificación clínica</b>	Es la condición o etapa de la enfermedad en la que se encuentra el paciente al momento de estudio, según escalas establecidas	Clasificación CDC	Conteo de CD4 y CV del paciente	A1, A2,A3 B1, B2, B3 C1, C2 , C3
		Clasificación OMS	Sintomatología	I, II III y IV



<b>Adherencia</b>	Es la adhesión terapéutica que tiene el paciente a su determinado régimen de antirretrovirales.		Nivel de apego al tratamiento	Adherente No adherente
<b>Factores del huésped</b>	Todos aquellos factores que dependen directamente del individuo (paciente) en estudio, que influyen en la adherencia a TAR	Factores cognitivos	Conocimientos	Creencias o mitos. Conocimientos Autocontrol y Autoeficiencia Olvido de TAR y recomendaciones Percepción de riesgo y vulnerabilidad
		Factores de la motivación	Actitud	*Intención de no tomarse el medicamento *Actitudes positivas hacia el medicamento *Recordar estatus seropositivo al tomar TAR *Insatisfacción con TAR



		Factores emocionales	Estado psíquico del paciente	*Mal estado mental o caso de deterioro mental *Normal  *Caso nada sospechoso de deterioro mental. Buen estado mental.
		Factores sociales interpersonales	Relaciones interpersonales	*Buena o Mala percepción de apoyo *Relación interpersonal médico paciente, y entorno.
<b>Factores de la enfermedad</b>	Son todos aquellos factores relacionados con la enfermedad propia o sobre agregada que repercute en la adherencia a TAR	Perfil clínico para el tratamiento	Conteo de CD 4 y CV plasmática con relación a síntomas	*>350CD4 + >100mil CV  *<350 CD4 + cualquier valor CD  *Infección crónica sintomática
		Comorbilidad/es	Enfermedades concomitantes	NINGUNA  1,  2,



				>2
		Codependencia a sustancia adictiva	Adicción	Sí No
		Vía de transmisión	Medio de transmisión	Relación sexual Parenteral Madre – hijo
Factores farmacológicos	Todos aquellos factores como consecuencia de esquema farmacológico de TAR aplicados, que inciden en la adherencia al tratamiento, por parte de los pacientes.	Efectos adversos de la TAR	Reacción medicamentosa indeseada	<b>Ninguna</b> <b>Sí:</b> Gastrointestinal Metabólica Neurológica Otras
		Complejidad del régimen terapéutico	Número de tabletas y dosis, frecuencia, tiempo de administración y restricciones alimenticias	2 3 4 5 6 9



		Interrupción de la rutina diaria y estilo de vida	Hábito	Sí No
		Costos del tratamiento	Precio en efectivo del tratamiento.	Gratuito No gratuito
		Interrupción o modificación del régimen terapéutico	Cambios en el esquema de tratamiento	<b>Sí:</b> 1 ocasión, >1 ocasión <b>No</b>
		Características del tratamiento	Grupo farmacológico	ITRAN ITRNN IP Combinado
		Tiempo de tratamiento	Período en meses / año	< 6 meses 6 meses - 1 año >1 año
		Tiempo de tratamiento	Período en meses / año	< 6 meses 7 meses - 1 año >1 año
<b>Factores del</b>	Todos los factores que	Barreras en el sistema de	Impedimentos u obstáculos en el	*Medicamentos con Cobertura



Sistema de Salud	dentro del sistema de salud influyen o intervienen en la adherencia al TAR por parte de los pacientes	salud	sistema de salud	*Gastos *Tramitología excesiva para obtener los ARV
		Acceso	Acceso	Acceso *consultas *Hospitalización *Medicamentos y *Pruebas pronósticas.
		Barreras Geográficas	* Accesibilidad de paciente a unidad de atención.	*Facilidad del transporte *Ubicación del Hospital

## 12. Obtención de la información

Objetivos Específicos	Fuentes	Técnicas	Instrumentos
Objetivos 1,2, 4 y 5	<b>Directa e Indirectas:</b> Primaria Secundaria Terciaria	Análisis de expedientes médicos y llenado de datos según instrumento.	Ficha de recolección de información
Objetivos No. 1,3,4 y 5	<b>Directa:</b> Primaria	Encuesta, Cuestionarios, Observación e	Encuesta



		interacción directa con los pacientes.	
--	--	--	--

### 13. Técnicas y Procedimientos

#### 14.1. Solicitud de permiso a las autoridades:

Se solicitó permiso a las autoridades correspondientes (dirección general del Hospital, así como al departamento que atendería respectivamente), mediante una carta firmada y sellada por la facultad de medicina y autoridades asignadas.

##### a. Técnicas a ser utilizadas:

Revisión de expedientes clínicos, mediante la recolección de datos mediante **fichas** previamente elaboradas y consultadas por profesional calificado.

En cuanto a la **encuesta**, dirigida a los pacientes, contenía un total de 38 preguntas, dividida en diferentes secciones: datos generales (1 a 8.2), el cuestionario de adherencia SMAQ (pregunta 22), cuestionario de apoyo social de Duke (pregunta 36) y cuestionario de salud mental general de Golberg (pregunta 38), el resto de preguntas abordan tópicos de hábitos relacionados a la adherencia, comorbilidades entre ellas las adicciones, y la confianza y relación con el personal de salud.

##### b. Otros procedimientos

Interrogación al personal de salud que atiende a los pacientes en estudio, para recolectar información que pueda ser omitida en el registro de los expedientes médicos.



#### **14. Plan de tabulación y análisis de la información**

Con respecto a la metodología se ha perseguido tres metas principales:

1. La validez y confiabilidad de los datos analíticos.
2. La garantía de la precisión necesaria en las mediciones.
3. La comprobación estadística de las diferencias encontradas.

Una vez obtenida la información, los datos recolectados por medio de la ficha se incluirán en una base de datos, para ello se utilizara el paquete estadístico SPSS versión 19, utilizando medidas de frecuencias comparativas simples en porcentajes y promedios. Posteriormente las tablas de contingencia fueron graficadas utilizando herramientas estadísticas de hojas de cálculo de Microsoft EXCEL 2010, los que posteriormente fueron editados en tablas de frecuencia de 2x2 e impresos. Una vez obtenida la información en esta base de datos, se procedió a analizarse en Microsoft Word.

#### **15. Aspectos éticos:**

Toda información obtenida a través de la revisión de expedientes clínicos y entrevista directa con el personal de salud, será totalmente confidencial, procurando siempre la privacidad y respeto de todo derecho de los pacientes. Motivo por el cual todos los datos han sido registrados como anónimos. Previo a la realización de los cuestionarios se explicó el completo objetivo de investigación, se apeló a su voluntad, y se aclaró que al participar estaba exento de lucro alguno o repercusión sobre su abordaje convencional ante cualquier autoridad en salud.





## RESULTADOS

Para el desarrollo de la investigación, se aplicaron tres tipos de instrumentos:

- a. Encuesta para personas con VIH que reciben terapia antirretroviral.
- b. Cuestionarios tipo escala Likert para evaluar la adherencia, percepción de apoyo social y morbilidad psíquica respectivamente,
- c. Ficha o Formulario para completar con los datos proporcionados por los expedientes médicos.

Para tal fin, se levantó la información del hospital Alemán Nicaragüense de la red nacional de salud, en el cual se brinda la TAR (terapia antirretroviral) y diferentes servicios a las personas con VIH; se abordaron un total de 110 pacientes, con entrevistas en donde se exploraron las siguientes áreas:

Sobre características socio demográficas, la edad de los entrevistados oscila entre los 15 y los 59 años de edad cronológica. Del 100% (110 pacientes); 22.0%(24) son personas con un rango de edad de 15 a 23 años; 27%( 30) está entre los 24 a 32 años, 33% (36) pertenece al rango de 33 a 41 años, 13%(14)ubicados en el rango de edad de 42 a 50 años, y un 5%(6 pacientes) ubicados en el último rango de edad de 51 a 59 años (Tabla No 1).

Con relación al sexo de la muestra del estudio, el 49%(54) son del sexo masculino y el restante 51%(56) del sexo femenino (Tabla No 1).

Con relación a la orientación sexual, el 85%(93) del total de la muestra del estudio dice ser heterosexual; el 10%(11) homosexual; 5%(6) bisexual y 0%(0) son travestis (Tabla No 1).

En cuanto al nivel educativo de la muestra estudiada, los resultados fueron los siguientes: El 29%(32) de los entrevistados cursó su educación primaria, 35% (39) curso algún nivel de la educación secundaria, el 5%(5) es analfabeta, 7%(8) son alfabetizados, el 9%(10) son bachilleres y 15%(16) tiene un nivel de educación en la universidad. El segmento poblacional que fue encuestado tiene poco o bajo nivel de escolaridad (Tabla No 1).



En cuanto a la procedencia, el 98%(108) son ciudadanos provenientes de zona urbana y el restante 2% (2) proviene de la zona rural (Tabla No 1).

En relación a la situación laboral del grupo encuestado, el 56%(62) de los pacientes son empleados y el 44%(48) restantes pertenecen al grupo de ama de casa, desempleados o jubilados (Tabla No 1).

El estado civil de las personas con VIH que participaron en la investigación, resultó en que son solteros en el 37%(41) del total de casos, acompañados 36%(40), casados en el 15%(17), separados y viudos un 11% (12) (Tabla No 1).

En relación a la práctica religiosa de los encuestados, las religiones que más profesan las personas entrevistadas son evangélica 52%(57); católica 26%(29), el 22%(24) dicen no profesar religión alguna (Tabla No 1).

En cuanto a la participación en grupos de apoyo de la muestra estudiada, los resultados fueron que el 16%(18) pertenece a algún grupo de apoyo, mientras el 84%(92) no pertenece a ningún grupo (Tabla No 1).

En cuanto a la situación familiar el 71%(78) vive acompañado con alguien, y el resto 29%(32) viven solos(as). El 5% de los entrevistados aseguro que conviven 2 miembros en su familia, un 15% conviven con 3 miembros y un 80% conviven con más de 2 personas en el grupo familiar; un 21% del grupo entrevistado no tiene hijos, el 26% tiene un hijo, el 23% tiene dos hijos, el 30% dice tener másde dos hijos (Tabla No 1).

El 32% (35)de las personas con VIH entrevistadas menciona que actualmente no tiene parejas sexuales con las cuales convive, el 59%(64) dice tener una sola pareja sexual, y el 2%(2) tienen dos personas como parejas sexuales y un 6% (7) dicen tener más de dos parejas sexuales (Tabla No 1).

Al apreciar la clasificación clínica y clasificación según la adherencia al tratamiento de todos los pacientes. En la adherencia se estimó que el 54%(59) no



son adherentes al tratamiento, y el 46% (51) se encuentra entre el 95 - 100% de adhesión, es decir, son adherentes (Tabla N°. 2).

En relación con los datos obtenidos en la ficha de recolección de datos, se sabe que la clasificación clínica determina el estado de virulencia por el cual se encuentra el paciente al momento de aplicar el instrumento, en donde se utilizó la clasificación de la CDC, los resultados de la muestra fueron los siguientes: el 35%(38) en estadio A2, el 30% (33) en A1 y 5% (6) en A3, el 11%(12) en B1, el 7%(8) en B2, el 4%(4) en B3, y por último se obtuvo que el 7%(8) de pacientes se encuentran en C1, el 1%(1) restantes en C3. Es decir, el 17% de los pacientes estaba en estadio de SIDA (Tabla N°. 2).

Con respecto a la clasificación de la OMS según manifestaciones clínicas del paciente, al momento de aplicar el instrumento se encontró que el 51%(56) se encontró en estadio I, 35%(39) en estadio II, mientras que el 11%(12) se encontró en el estadio III, y el 3%(3) se encontró en el estadio IV (Tabla N°. 2).

Con respecto a los factores propios de la enfermedad, en la tabla N°. 3. En relación a la variable mitos y creencias ante la terapia antirretroviral se encontró el 44% si tiene temor a que el tratamiento antirretroviral le produzca algún daño a su salud, en cambio un 56% no tiene temor a que el tratamiento antirretroviral le produzca daño.

Con respecto a la variable de conocimiento se observó que el 55% población encuestada dijo tener pleno conocimiento de su carga viral y conteo de CD4, en cambio el 45% no tiene conocimiento de su carga viral y conteo de CD4 o tienen un conocimiento muy limitado al respecto. Se observó que al relacionar esta variable con la adherencia al tratamiento, las personas que dicen conocer su CD4 y carga viral en su mayoría son más adherentes que aquellas que niegan conocer tal información (Tabla N°. 3).

Al hablar de autocontrol e insatisfacción; cabe destacar, que aunque es más de la mitad la población que olvida sus medicaciones, el 69% refirió no deja de tomar sus medicamentos aun después de sentirse mejor y el 31% deja de tomarlos. De



igual forma un 69% decide no abandonar el tratamiento aun después que se han sentido peor después de tomarlo y continúa con el mismo, resultando un buen autocontrol. En este acápite se observó que aquellos que pese a percepción de mejorar o empeorar su salud decidieron continuar el tratamiento al final la mayoría resultó adherentes (36% de 69% respectivamente) (Tabla N°. 3).

Se encontró que el 68% de los encuestados están satisfechos, sintiendo que su salud ha mejorado bastante o mucho luego de iniciar TAR, un 21% califican como regular su mejoría; en cambio el 11% se siente insatisfecha sintiendo poca mejoría o nula. Sin embargo, las cifras de adherencia o no al tratamiento no parecen variar entre uno u otro grupo. Así mismo, al ser consultados sobre su nivel de confianza en el tratamiento para mejorar su estado de salud aunque el 92% refieren tener plena confianza, aun la gran mayoría siguen siendo no adherentes. Y aunque el 96% conoce exactamente las fechas de diagnóstico de VIH y el inicio de la terapia no había variabilidad ni mejoría para adherirse a su tratamiento (Tabla N°. 3).

En relación a la variable de factor psiquiátrico se valoró acorde al cuestionario de Golberg en donde se determinó según interpretación en poblaciones similares que los pacientes que obtuvieron una puntuación menor de 10 es considerada caso no sospechoso de deterioro de salud mental, encontrándose un 31% los pacientes, dentro este rango; de rango de 10 a 16 se les considero como de salud mental normal, con un 41% en este estudio; y un rango mayor a 16 se les determino como casos de alto deterioro mental (con trastornos depresivos y ansiedad) encontrándose dentro de este grupo un 25%. Al comparar estos datos con los niveles de adherencia se halló que más del 50% de las personas con depresión y ansiedad resultaron ser no adherentes (Tabla N°. 3).

En relación con la percepción de apoyo emocional, según el cuestionario de Duke, un notable y significativo 60% obtuvo un puntaje menor de 32 que se considera como un apoyo social bajo y el 40% percibe un apoyo social bueno o suficiente, al obtener un puntaje mayor o igual a 32. Más del 50% de las personas que se



sintieron insatisfechas con el apoyo social recibido resultaron ser no adherentes (Tabla N°. 3).

---

Con respecto al perfil clínico de los pacientes, conteo de CD4 y carga viral plasmática se observó que un 37% posee > de 350 CD4 +> 100 mil de carga viral, en cambio un 31% posee < 350 CD4 + cualquier valor de CD4 y un 37% resultó con infección crónica sintomática, cabe resaltar que un 8% de los expedientes no tenían información actualizada con respecto a esto. De esta manera, el grupo que presentaba carga viral +> 100 mil e infección crónica sintomática eran mayormente no adherentes (Tabla N°. 4).

En relación a comorbilidades que presentan los pacientes entrevistados, reportados en los expedientes médicos, encontramos que un 52% no posee ninguna enfermedad, en cambio un 7% están en estado de desnutrición, un 8% tiene problemas renales, un 7% tiene problemas pulmonares, un 8% hipertensión, y el restante posee otro tipos de patologías, un 2% padece de alguna infección de transmisión sexual. En este grupo de pacientes se observó que al haber presencia de comorbilidades en cada una, más del 50% eran a la vez no adherentes, quizá relacionado que a mayor número de comorbilidades mayor cantidad de medicina a tomar y hace más difícil el adherirse a tratamiento (Tabla N°. 4).

Según número de comorbilidades se observó que 52% no presenta ninguna, un 22% presento 1 comorbilidad, un 13% posee 2 comorbilidades, un 12% presento más de 2 comorbilidades; resulta interesante al observar que aquellos pacientes que presentaron 2 o más comorbilidades un 86% de ellos fueron no adherentes (Tabla No. 4).

En relación a la vía de transmisión se observó que un 90% se infectó por relaciones sexuales heterosexual, un 10% cree haberse infectado de VIH a través de relaciones sexuales homosexuales sin protección (Tabla N°. 4).

Al revisar en los expedientes las reacciones adversas medicamentosas posteriores a la ingesta del tratamiento antirretroviral, se encontró que el 47% no



percibe algún efecto secundario tras la ingesta al tratamiento, mientras el 29% percibe reacciones adversas gastrointestinales, 16% metabólicas, 5% neurológicas, 2% otras. Sin embargo al entrevistar a los pacientes sobre los efectos percibidos, se observó que apenas un 24% no manifiesta ninguna sintomatología, en cambio un 43% asevero percibir trastorno gastrointestinales, un 22% presentó manifestaciones neurológicas, un 5% presentó manifestaciones endocrinas y otro 6% presentó otras manifestaciones y un 13% no respondió; del grupo que presentó uno o más efectos adversos resultó ser en su mayoría no adherente (Tabla N°. 5).

Con respecto al número de tabletas del tratamiento tomadas al día se observó que un 41% del total de la población de la muestra en estudio toma una cantidad de 2 tabletas al día, un 23% de la muestra en estudio toma 3 tabletas diariamente, un 25% toma 4 tabletas, y el 11% toma 5 a 6 tabletas al día, tal resultado parece no tener repercusiones en la adherencia al tratamiento, ya que esta se mantiene similar para todos los grupos (Tabla No. 5).

Con respecto a interrupción o modificación del régimen terapéutico un 13% del muestreo levantado reportó haber suspendido o modificado al menos en una ocasión el tratamiento, mientras que el 2% reporta haberlo hecho en más de una ocasión, mientras la mayoría representada por el 85% dicen haber suspendido en ninguna ocasión el tratamiento. En el grupo que modificó en mas de una ocasión o interrumpió el régimen el 100% (2) eran no adherentes (Tabla No. 5).

Al ser abordados los pacientes en cuanto a las afectaciones que les ha provocado el uso del tratamiento el 78% dijo que el mismo no ha interrumpido su rutina diaria, mientras que el restante 22% consultado dice si haber sido afectado en algún momento para modificar o tener que cambiar su rutina debido al uso del tratamiento, de este último grupo el 79% de los casos era no adherente (Tabla No.5).

Con relación a fecha de diagnóstico se observó que un 60% fue diagnosticado en un periodo menor a 6 meses al momento del estudio, un 10% comprendido entre



6 meses y un año, un 10% en un periodo de 1 a 2 años, un 7% en un periodo mayor a 3 años y un 13% no respondió. De igual manera al analizar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, el 76% inicio terapia en menos de 6 meses de su diagnóstico, el 6% luego de los primeros 6 meses al año, el 7% entre el primer y segundo año de su diagnóstico, el 3% de los 2 a 3 años, 4% a más de 3 años, y el 4% restante en un periodo mayor a los 8 años de haber sido diagnosticados. En esta porción se aprecia la mayoría de adherentes en el grupo que inicio tempranamente la terapia antirretroviral, es decir en los primeros 6 meses del diagnóstico (Tabla No. 5).

En relación al tiempo que lleva el paciente tomando la terapia antirretroviral en un 39% equivalentes a 43 entrevistados de los 110 pacientes objeto de nuestro estudio llevan un período de 6 meses o menos recibiendo el tratamiento, un 13% de la muestra estudiada llevan de 6 meses a un año, un 21% tienen ya al menos un año con el tratamiento, el 9% cuenta con dos (2) años de tratamiento, un 6% cumplieron cuatro años de tratamiento y 4% llevan 6 o 7 años de terapia, finalizando la muestra con un 3% cuentan ya con 9 años en tratamiento (Tabla No.5)

Continuando con los resultados obtenidos se encontró que un 10% si fue operado alguna vez.

Con respecto al uso de drogas utilizadas en los últimos 6 meses se observó que un 80% de los pacientes ha fumado cigarrillos. Un 10% ha fumado marihuana, un 10% ha fumado o inhalado crack. Un 10% ha inhalado cocaína. Un 10% ha inhalado thinner o pega. Un 10% ha consumido éxtasis. Un 20% se ha inyectado alguna otra sustancia diferente a las drogas antes mencionadas. Hubo mejor adherencia en aquellos que no consumen ningún tipo de droga o sustancia.

En relación a las prestaciones de los servicios médicos, en la Tabla N<sup>o</sup>.6 se encontró que un 47% ha recibido asistencia de un promedio de cuatro (4) servicios en el período evaluado, 16.4% recibió atención de 5 servicios en el periodo de atención, un 5.4 un promedio de 5 o más servicios en el mismo período, un 9%



recibió atención de un servicio y finalmente el 22% fue asistido por un promedio de 2 a 3 servicios en el semestres evaluado; un 99% respondió que recibió los medicamentos, un 1% respondió no haberlos recibido; Un 48% han recibido un promedio de tres (3) órdenes para examen en el período, un 15% se han realizado un promedios de 4 o 5 exámenes, 22% han recibido entre 6 y 8 exámenes de laboratorio en dicho período, y finalmente un 7% realizo 9 o más exámenes.

Con relación a la facilidad de acceso al centro (HAN) el 96% de los encuestados dijo no tener problemas y se les facilitaba el acceso al centro, mientras el 4% restante dijo si tener problemas con relación al acceso al centro sin variación con respecto a su adherencia (Tabla No. 6)





## **DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Después de hacer una descripción exhaustiva de los resultados, se hará un análisis de los mismos, de tal manera que permitan responder a las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el comportamiento de la adherencia a la terapia antirretroviral en las personas con VIH, que asisten al Hospital Alemán Nicaragüense?

La provisión de terapia antirretroviral en Nicaragua, en la actualidad, no tiene lista de espera, eso significa que una persona que actualmente necesita iniciar terapia antirretroviral únicamente deberá solicitarlo en los establecimientos del sistema nacional de salud; hay abastecimiento de medicamentos para las personas que lo soliciten, sin embargo, la garantía de que se cumpla el objetivo del tratamiento antirretroviral no es segura.

Con la aparición de las nuevas clases de fármacos antirretrovirales, la esperanza de vida ha mejorado para las personas con VIH en el mundo. Se considera a la infección por VIH como una enfermedad crónica que requiere tratamiento a largo plazo, es por eso que es necesario enriquecer los esfuerzos para mejorar el cumplimiento terapéutico en los(as) usuarios(as).

La terapia antirretroviral tiene como objetivo lograr la supresión de la carga viral, restablecer la función inmunológica, disminuir la morbimortalidad, evitar la resistencia a los medicamentos y la progresión clínica de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Al igual que otros tratamientos para enfermedades crónicas, el uso de la TAR conlleva, con el paso del tiempo, a la aparición de falta del cumplimiento correcto del tratamiento. La adherencia al tratamiento se ha definido como la habilidad del paciente para tomar sus medicamentos diariamente y a la hora indicada. En la literatura mundial sobre el VIH, se han descrito diversas investigaciones sobre el incumplimiento en la toma de medicamentos antirretrovirales, encontrándose niveles de adherencia que varían considerablemente, desde un 27% hasta un



82%. En Nicaragua, no se reportan estudios que midan de manera global la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR).

En los últimos años, los estudios han mostrado que para suprimir la réplica del VIH en el 81% de participantes tratados, se requiere de un índice de adherencia a la medicación mayor del 95%.

Por tanto, la importancia de analizar la adherencia antirretroviral es alta, ya que uno de los factores más sobresalientes para conseguir unos niveles terapéuticos adecuados es la correcta adherencia terapéutica.

El estudio demuestra que las personas con VIH reconocen que han dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión en el 50 % (55) de los casos (ver tabla n° 3), tal como lo expone el resultado de los siguientes indicadores de adherencia que fueron explorados a través del cuestionario; además, llama la atención que el 93% (102) ( ver tabla n° 3) de las personas entrevistadas menciona que tiene confianza en el medicamento antirretroviral, 56% (59) no tiene temores al tomárselos y ni siquiera los deja de tomar cuando se ha sentido peor.

Aproximadamente el 47% (52) (ver tabla n°2) de las personas entrevistadas presentó adherencia a los medicamentos, los demás expresaron verbalmente que en “alguna ocasión se los dejaron de tomar”.

Se analiza que la mayor parte de las personas conoce los medicamentos que toman, menciona que tiene confianza en los medicamentos antirretrovirales, se realiza los exámenes clínicos requeridos por el médico, tiene confianza en el médico; sin embargo, solamente el 46%(51)( ver tabla n°2) de los entrevistados es adherente.

Específicamente, para el caso de la adherencia al tratamiento en el VIH, los principales factores que tienen evidencia empírica son las variables



sociodemográficas, algunas de tipo cognitivo, emocional y de la motivación, el afrontamiento de la enfermedad, los problemas psiquiátricos, el consumo de sustancias psicoactivas y la historia de tratamientos previos al diagnóstico de VIH.

A través de los indicadores del estudio, se han explorado diferentes índices sociales, demográficos, psicológicos y ambientales para vigilar el comportamiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral. Para tal fin, se han realizado diversos cruces de variables, entre los indicadores específicos y los porcentajes de adherencia del cuestionario de SMAQ:

### **Comportamiento de adherencia – factores demográficos:**

Los grupos etarios en donde se observa una menor adherencia son los comprendidos en el rango de 15-23 años en un 15% (del 22% de la población en ese rango) (ver tabla n° 1) y llama también la atención que esta población es joven, una parte económicamente activa y, población de riesgo.

Al analizar (ver tabla n° 1), se observa que existe un porcentaje mayor de mujeres que si ha dejado de tomar los medicamentos antirretrovirales con un 68% (39 de 57); y se valora que la diferencia es significativa. De acuerdo a los resultados obtenidos para las variables de sexo, edad y adherencia al tratamiento, de manera general, se observó bajo nivel de adherencia en las mujeres la población joven (15 a 23 años).

La procedencia de los participantes (urbana y rural) es uno de los factores determinantes de la adherencia a la terapia antirretroviral, más, en este estudio no se ha podido analizar, ya que el 100% de los pacientes tienen procedencia urbana.

### **Religión y adherencia**

De acuerdo a los resultados, las personas que mencionan ser evangélicos representan el 32% (35) de los no adherentes, las personas que anuncian ser



católicos corresponden al 14%(15) de los no adherentes, las personas que no profesan ninguna religión son el 8% (9) de los no adherentes, por lo que se infiere que la religión puede ser un factor determinante en la ingesta de medicamentos antirretrovirales. Es un desafío investigar con más profundidad este tópico (ver tabla n° 1).

#### Estado familiar

Se identifica que no son adherentes: el 88% (8 de 9) de las personas separadas, y el 58% que tienen pareja sean acompañados o casados; en cambio el 59% (17) de las personas solteras son adherentes. Es notable que la mayor parte de las personas no adherentes su estado civil es acompañada (ver tabla n° 1).

En cuanto a los estadios de la enfermedad o la clasificación clínica y la adherencia, se observó que un 23%(7) no es adherente en pacientes con clasificación A1 coincidiendo con el grupo de pacientes con clasificación C1 con un 23% (7) (ver tabla n°2).

En cuanto a la relación de adherencia y temor a la toma de la terapia antirretroviral se observó que de un 44% (46) (ver tabla n°3), si tiene temor a que la terapia le produzca algún daño a su salud, conllevado a la no adherencia, ya que en este grupo el 57% de los temerosos resultó ser no adherentes.

Respecto a los efectos no deseados por la terapia se observó que un 42% (46) (ver tabla n°5) presenta efectos gastrointestinales y de ellos el 57% dejó de ser adherente, en cambio un 24% (26) no presenta ningún efecto no deseado y de ellos el 62% es adherente.

Al analizar los resultados acorde a resultados de ficha según expediente se observó que los pacientes con efectos gastrointestinales son el 29% (32) dato probablemente subregistrado (ver tabla n°5) paradójicamente de ellos el 56% “son adherentes”, en comparación con los 47% (52) que no presenta ningún efecto adverso (según expediente clínico) y casi sin diferencia entre adherentes y no adherentes para este grupo.



En relación a que si se interrumpe la rutina y la vida diaria y adherencia resultó de 78% (86) (ver tabla n°5) refirió sentir que no, de ellos el 53% (46 de 86) son adherentes, en cambio del 22%(24) que siente que la TAR interrumpe su rutina y vida el 79% de ellos es no adherente resultando al parecer muy importante el sentir que la toma de su medicación si afecta su rutina y vida diaria.

Al medir el nivel de confianza que siente el paciente con su médico tratante se observó que 70% sí tiene confianza con su médico tratante, pero resultando no ser adherentes.

#### Apoyo familiar

Uno de los principales determinantes es el apoyo familiar. En el presente estudio, se observa que únicamente el 40% (44) (ver tabla n°3) de las personas entrevistadas manifiesta que recibe amor y cariño de su familia y amigos, el 68% (30 de 44) de este grupo junto a una buena percepción de apoyo expresó ser más adherentes que aquellas personas que percibieron un insuficiente o inadecuado apoyo social en general, ya que en estos últimos el 68%(45 de 66) junto a un alto inadecuado apoyo resultó ser no adherente. Para el caso de este estudio, la familia no es una fuente de apoyo, las personas sienten temor de decirle a su familia que viven con VIH. El apoyo de la familia influye en la adherencia al tratamiento.

Poder tomar la medicación libremente, sin esconderla, asociándolo a actos cotidianos de la vida (desayuno, lavado de dientes, entre otros), y además poder contar, en un momento de olvido, con alguien de la familia que se lo recuerde sí es necesario. El equipo multidisciplinario y la familia son dos pilares importantes en los que la persona con VIH pueden apoyarse.

Se advierte, que si bien es cierto que el apoyo familiar es un aspecto importante, puede ser un factor determinante.

Un 84%(92) (ver tabla n°1) no pertenece a ningún grupo de apoyo y los pacientes que si están integrado dentro de un grupo de apoyo son apenas un 16% (18) .



Al analizar la adherencia y el número de tabletas que se toman los pacientes al día (ver tabla n°5) se observó que el 41%(45) de los pacientes toman 2 comprimidos y el resto 3 o más, sin embargo la adherencia tuvo un comportamiento indiferente entre ambos grupos.

#### Factores psiquiátricos - adherencia

Con relación a los indicadores de ansiedad, se observó que un poco más del 40% (ver tabla n°1) de todos los casos no presentan síntomas de ansiedad, considerada como un sentimiento de nerviosismo, aprehensión, miedo o preocupación; en los que no interfiere con la capacidad para funcionar normalmente y llevar a cabo todas las actividades cotidianas de la vida ya que un cierto nivel de ansiedad con tales hechos es una respuesta completamente normal sin consecuencias a trastornar la calidad de vida. Siendo que un 25% resultó con algún grado de deterioro mental repercutiendo en la mayoría en una mala adherencia a su tratamiento.

En cambio según reportes de Organización mundial de la Salud menciona que las personas con VIH suelen sufrir de depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica, potencialmente mortal; por ejemplo, el acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiar o de un amigo(a). La infección por VIH puede estar asociada con un alto riesgo de suicidio o intento de suicidio. Los predictores psicológicos de la idea de suicidio en personas infectadas por el VIH comprenden trastornos concomitantes debidos al consumo de sustancias, un historial de depresión y la falta de esperanza.

Los estudios muestran que las personas que están infectadas con VIH son más propensas a desarrollar depresión que la población en general. La depresión



afecta la calidad y expectativa de vida de una persona, así como su capacidad para seguir un tratamiento para el VIH/sida.

La recuperación de la depresión lleva tiempo, pero los tratamientos son eficaces. Si se analizan los indicadores de depresión versus la adherencia, se obtiene que el 71% (18 de 28) de las personas que presentan síntomas depresivos ha dejado de tomarse los medicamentos en alguna ocasión.

Finalmente, los factores dependientes del sistema de salud; tales como las barreras en las unidades de salud: los medicamentos antirretrovirales esenciales o de primera línea pertenecen a la lista básica de medicamentos esenciales con cobertura local y nacional, éstos son provistos por fuentes externas como ONGs totalmente gratuitos. Del mismo modo, los pacientes tienen acceso a la interconsulta gratuita con distintos servicios o departamentos de salud, pero con menor frecuencia las áreas de odontología, nutrición y trabajo social, respectivamente. Se puede afirmar que las barreras de transporte no constituyen un impedimento para una adecuada adherencia entre los pacientes, dado que el 100% de ellos aseguró tener facilidad de transporte y considerar favorable la ubicación del hospital con respecto a sus hogares o lugares de residencia habitual.



## CONCLUSIONES

- En este estudio podemos concluir que según características sociodemográficas la adherencia a la terapia antirretroviral en la población, fue negativa en los siguientes indicadores involucrados: la edad entre 15 a 23 años, el sexo femenino, el desempleo y el vivir acompañados. Siendo una población equitativamente distribuida según sexo.
- Según la clasificación clínica se concluye que los pacientes correspondientes a la clasificación de SIDA según CDC son menos adherentes, reconociendo que son pacientes con cargas virales altas y conteo de CD4 alterados.
- Según factores del huésped relacionados con la adherencia se concluye que existen presencia de indicadores de morbilidad psiquiátrica (como depresión y ansiedad), una baja percepción de apoyo social (siendo muy significativa), codependencias a drogas, presencia de comorbilidades con tendencia a la no adherencia.
- Según los factores propios de la enfermedad en relación a la adherencia se observó que en estadios avanzados de la enfermedad, y los efectos adversos (de predominio gastrointestinales) son influyentes para no la no adherencia a la terapia antirretroviral.
- Según factores farmacológicos se observó que los pacientes que olvidan tomar sus dosis de terapia antirretroviral son menos adherentes a la terapia antirretroviral.
- Según el comportamiento del sistema de salud, hay una excelente cobertura, y un adecuado acceso a medicamentos y facilidad de transporte. El medicamento es dado a los pacientes entre cada período de consulta. Los servicios médicos que menos son prestados son odontología, nutrición y trabajo social.





## RECOMENDACIONES

### 1) A los investigadores:

Continuar la presente investigación con una población significativamente mas numerosa.

### 2) Al personal de salud:

Actualizar los conocimientos del personal de salud mental que atiende a personas con VIH en el Hospital Alemán Nicaragüense.

Desarrollar un proceso de capacitación exhaustivo sobre la adherencia a la terapia antirretroviral y sus repercusiones en las personas con VIH. Estos deberán ser facilitados a médicos(as), personal de farmacia, trabajadores(as) sociales, nutriólogas(os), dentistas y enfermeras(os).

Realizar de manera periódica y sistemática una auditoría del retiro de medicamentos en las farmacias de los hospitales de la red nacional por persona atendida, con el propósito de dar seguimiento a los usuarios(as) que presentan ausencias en el retiro de los mismos.

Implementar un sistema de seguimiento personal a usuarios(as) ausentes de las consultas y que presentan retraso para retirar la terapia antirretroviral, a través del equipo de promotores pares del Programa Nacional de prevención de ITS/VIH-SIDA

Desarrollar un programa especial para personas que inician terapia a través de trabajo social y el equipo de promotores, con el objetivo de potenciar la toma adecuada de medicamentos.

### 3) Al Ministerio de Salud, dada la prevalencia de estas enfermedades crónicas entre las personas con VIH y la posible interacción de esta medicación y los antirretrovirales, contar en su cuadro básico de medicamentos con los productos farmacológicos idóneos para tratar estas patologías con el menor riesgo de apareamiento de efectos adversos e interacción medicamentosas.



Elaborar un sistema sencillo y práctico de protección social para las personas con VIH, ya que les ayudaría a mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral, puesto que el impacto socioeconómico de la infección en las personas y sus familias es cada vez más fuerte.



## BIBLIOGRAFIA

Aberg JA, Gallant JE, Anderson J, et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. 2004. Cap.39. pag. 609-729.

Acta colombiana de psicología: Resumen.Cali. Colombia. 2008. Cap.11 pag. 101-113.

Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje.OMS/OPS. 2011.pag. 545- 765.

Barreiros P, Gonzalez del Castillo J, Gonzalez – Lahoz J.Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleosidos y nucleótidos Manual del Sida 4 ta Ediccion 2001. Ed. Soriano V. Gonzalez Lahoz. Ed. Penmanyer. Pag 330-523.

Dra. Celina de Miranda, L. R.. *Estudio de Medición de la adherencia de la terapia antirretroviral de personas con VIH del a red de hospitales del ministerio de salud del salvadordurante los meses de marzo.abril 2013*.Programa de las naciones unidas para el desarrollo. San Salvador. El Salvador.(2013).Pag. 69-133

Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH/sida. OMS/OPS. 2008.pag. 678-854.

Gonzalez L Elsa, C. S. "Los factores de riesgo asociados con la falla virológica en pacientes infectados por el VIH que reciben terapia antirretroviral en un hospital público en el Perú". *"Los factores de riesgo asociados con la falla virológica en pacientes infectados por el VIH que reciben terapia antirretroviral en un hospital público en el Perú"*.Lima. Peru.(2009)pag 35-180.

Guía de Terapia Antirretroviral en Adultos con VIH. MINSA. Managua, Julio 2010.pag. 23- 156.



Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Martín-Conde T, Casado JL, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. 2005.Cap. 23. Pag.221-331.

Ladero L, Orejudo S, Carrobles JS. Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. Psicothema. 2005.Cap.17.pag.575-881.

Reacciones adversas el tratamiento antirretroviral de gran actividad inicial en el hospital de Santa Rosa, Piura ISSN 1680 -8398. Pag 122 -178.

TAFUR-VALDERRAMA Ea\*, O. C.-J. Adaptación del "Cuestionario de Evaluación de la adhesión del tratamiento de la terapia antirretroviral.Madrid. España.(2006).pag. 453-632.

Varela, M., Salazar, I., & Correa, D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI, COLOMBIA. (2008). Cap.11, págs. 101-113.



## **ANEXOS**

## 1. Tablas

**Tabla N°1: Características socio demográficas de los pacientes con VIH/SIDA, de 15-59años atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre 2015.**

<b>Edad del paciente * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
Edad del paciente	Cuestionario de Adherencia SMAQ				Total	
	No adherente		Adherente			
15 – 23	16	15%	8	7%	24	22%
24 – 32	15	14%	15	14%	30	27%
33 – 41	17	15%	19	17%	36	33%
42 – 50	8	7%	6	5%	14	13%
51 - 59	3	3%	3	3%	6	5%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%
<b>Sexo * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
Sexo	Cuestionario de Adherencia SMAQ				Total	
	No adherente		Adherente			
Femenino	39	35%	18	16%	57	52%
Masculino	21	19%	32	29%	53	48%
<b>Total</b>	60	54.5%	50	45.5%	110	100%
<b>Nivel académico * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
Nivel académico	Cuestionario de Adherencia SMAQ				Total	
	No adherente		Adherente			
Alfabetizado	4	4%	4	4%	8	7%
Analfabeta	2	2%	3	3%	5	5%
Bachiller	5	5%	5	5%	10	9%
Primaria	23	21%	9	8%	32	29%
Secundaria	21	19%	18	16%	39	35%
Universitario	4	4%	12	11%	16	15%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%
<b>Procedencia * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
Procedencia	Cuestionario de Adherencia SMAQ				Total	
	No adherente		Adherente			

<b>Rural</b>	2	2%	0	0%	2	2%
<b>Urbana</b>	57	52%	51	46%	108	98%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

#### Ocupación \* Cuestionario de Adherencia SMAQ

<b>Ocupación</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>Ama de casa</b>	14	13%	7	6%	21	19%
<b>Desempleado</b>	20	18%	5	5%	25	23%
<b>Empleado</b>	25	23%	37	34%	62	56%
<b>Jubilado/a</b>	0	0%	2	2%	2	2%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

#### Estado Civil \* Cuestionario de Adherencia SMAQ

<b>Estado Civil</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>Acompañado</b>	23	21%	17	15%	40	36%
<b>Casado</b>	10	9%	7	6%	17	15%
<b>Soltero</b>	17	15%	24	22%	41	37%
<b>Viudo</b>	2	2%	2	2%	4	4%
<b>Separado</b>	7	6%	1	1%	8	7%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

#### Creencias Religiosas \* Cuestionario de Adherencia SMAQ

<b>Creencias Religiosas</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>Católica</b>	15	14%	14	13%	29	26%
<b>Evangélica</b>	35	32%	22	20%	57	52%
<b>No Profesa</b>	9	8%	15	14%	24	22%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

#### Orientación Sexual \* Cuestionario de Adherencia SMAQ

<b>Orientación Sexual</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>Bisexual</b>	3	3%	3	3%	6	5%

<b>Homosexual</b>	2	2%	9	8%	11	10%
<b>Heterosexual</b>	54	49%	39	35%	93	85%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

**Pertenece a Grupo de apoyo? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

<b>Grupo de apoyo?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>No</b>	48	44%	44	40%	92	84%
<b>Sí</b>	11	10%	7	6%	18	16%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

**Vive solo o acompañado? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

<b>Vive solo o acompañado?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>Acompañado</b>	43	39%	35	32%	78	71%
<b>Solo</b>	16	15%	16	15%	32	29%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

**Número de personas de su grupo familiar? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

<b>Núm. de personas de su grupo familiar?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>2</b>	3	3%	3	3%	6	5%
<b>3</b>	14	13%	2	2%	16	15%
<b>más de 3</b>	42	38%	46	42%	88	80%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

**Número de parejas sexuales con las que vive actualmente? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

<b>Número de parejas</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>Ninguna</b>	18	17%	17	16%	35	32%
<b>1</b>	36	33%	28	26%	64	59%
<b>2</b>	0	0%	2	2%	2	2%
<b>más de 2</b>	5	5%	2	2%	7	6%
<b>Total</b>	59	55%	49	45%	108	100%



<b>Cuántos hijos tiene? * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Cuántos hijos tiene?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>Ninguno</b>	10	9%	12	11%	22	21%
<b>1</b>	15	14%	13	12%	28	26%
<b>2</b>	15	14%	10	9%	25	23%
<b>más de 2</b>	18	17%	14	13%	32	30%
<b>Total</b>	58	54%	49	46%	107	100%

Fuente: Base de datos de pacientes

**Tabla N°2: Clasificación clínica de los pacientes con VIH/SIDA, de 15-59 años atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre 2015.**

<b>Clasificación Clínica según CDC * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Clasificación Clínica según CDC</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>A1</b>	15	14%	18	16%	33	30%
<b>A2</b>	20	18%	18	16%	38	35%
<b>A3</b>	3	3%	3	3%	6	5%
<b>B1</b>	3	3%	9	8%	12	11%
<b>B2</b>	6	5%	2	2%	8	7%
<b>B3</b>	4	4%	0	0%	4	4%
<b>C1</b>	8	7%	0	0%	8	7%
<b>C3</b>	0	0%	1	1%	1	1%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

<b>Clasificación OMS * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Clasificación OMS</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>I</b>	28	25%	28	25%	56	51%
<b>II</b>	17	15%	22	20%	39	35%
<b>III</b>	12	11%	0	0%	12	11%

<b>IV</b>	2	2%	1	1%	3	3%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%
<b>Adherencia Semicuantitativa * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Adherencia Semicuantitativa</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	No adherente		Adherente			
<b>95-100%</b>	20	18%	32	29%	52	47%
<b>85-94%</b>	25	23%	18	16%	43	39%
<b>65-84%</b>	11	10%	1	1%	12	11%
<b>menos del 30%</b>	3	3%	0	0%	3	3%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

Fuente: Base de datos de pacientes

**Tabla N°3: Comportamiento de la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) según los factores del huésped en pacientes con VIH/SIDA, de 15-59 años atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre 2015.**

<b>Tiene temor a que el Tx ARV que toma le produzca algún daño? * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Tiene temor a que el Tx ARV que toma le produzca algún daño?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	No adherente		Adherente			
<b>No</b>	29	28%	30	29%	59	56%
<b>Sí</b>	26	25%	20	19%	46	44%
<b>Total</b>	55	52%	50	48%	105	100%
<b>Conoce su CD4 y CV? * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Conoce su CD4 y CV?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	No adherente		Adherente			
<b>No</b>	32	30%	15	14%	47	45%
<b>Sí</b>	27	26%	31	30%	58	55%
<b>Total</b>	59	56%	46	44%	105	100%

								5	
<b>Olvida tomar la medicación? * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>									
<b>Olvida tomar la medicación?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						<b>Total</b>		
	<b>No adherente</b>			<b>Adherente</b>					
<b>No</b>	17	15%		37	34%		54	49%	
<b>Sí</b>	42	38%		13	12%		55	50%	
<b>NR</b>	0	0%		1	1%		1	1%	
<b>Total</b>	59	54%		51	46%		110	100%	
<b>Si se ha sentido mejor, ha dejado de tomar sus medicamentos? * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>									
<b>Si se ha sentido mejor, ha dejado de tomar sus medicamentos?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						<b>Total</b>		
	<b>No adherente</b>			<b>Adherente</b>					
<b>No</b>	36	33%		39	36%		75	69%	
<b>Sí</b>	23	21%		11	10%		34	31%	
<b>Total</b>	59	54%		50	46%		109	100%	
<b>Si luego de tomarlo se ha sentido peor, ha dejado de tomarlos? * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>									
<b>Si luego de tomarlo se ha sentido peor, ha dejado de tomarlos?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						<b>Total</b>		
	<b>No adherente</b>			<b>Adherente</b>					
<b>No</b>	36	33%		39	36%		75	69%	
<b>Sí</b>	23	21%		11	10%		34	31%	
<b>Total</b>	59	54%		50	46%		109	100%	
<b>Su salud ha mejorado desde que empezó a tomar ARV? * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>									
<b>Su salud ha mejorado</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						<b>Total</b>		

desde que empezó a tomar ARV?	No adherente			Adherente				
<b>Nada</b>	0		0%	4	4%		4	4%
<b>Poco</b>	7		6%	1	1%		8	7%
<b>Regular</b>	14		13%	9	8%		23	21%
<b>Bastante</b>	21		19%	21	19%		42	38%
<b>Mucho</b>	17		15%	16	15%		33	30%
<b>Total</b>	59		54%	51	46%		110	100%

**Tiene plena confianza en que TAR ayudará a mejorar su condición? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

Tiene plena confianza en que TAR ayudará a mejorar su condición?	Cuestionario de Adherencia SMAQ						Total	
	No adherente			Adherente				
<b>No</b>	2		2%	6	6%		8	8%
<b>Sí</b>	48		48%	45	45%		93	92%
<b>Total</b>	50		50%	51	50%		10	100%
							1	

**Conoce la fecha de Dx e Inicio de TAR? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

Conoce la fecha de Dx e Inicio de TAR?	Cuestionario de Adherencia SMAQ						Total	
	No adherente			Adherente				
<b>No</b>	2	2%		2	2%		4	4%
<b>Sí</b>	56	52%		47	44%		10	96%
							3	
<b>Total</b>	58	54%		49	46%		10	100%
							7	

**Puntuación de test Golbert \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

Puntuación de test Golbert	Cuestionario de Adherencia SMAQ						Total	
	No adherente			Adherente				
<b>1</b>	1		1%	1	1%		2	2%

2	3	3%	0	0%	3	3%
3	1	1%	0	0%	1	1%
4	0	0%	3	3%	3	3%
5	0	0%	1	1%	1	1%
6	2	2%	7	6%	9	8%
7	2	2%	7	6%	9	8%
8	4	4%	1	1%	5	5%
9	1	1%	0	0%	1	1%
10	4	4%	4	4%	8	7%
11	5	5%	7	6%	12	11%
12	1	1%	0	0%	1	1%
13	3	3%	3	3%	6	5%
14	5	5%	5	5%	10	9%
15	3	3%	2	2%	5	5%
16	4	4%	2	2%	6	5%
17	8	7%	1	1%	9	8%
18	0	0%	3	3%	3	3%
19	4	4%	0	0%	4	4%
20	1	1%	1	1%	2	2%
21	2	2%	0	0%	2	2%
22	1	1%	2	2%	3	3%
23	1	1%	0	0%	1	1%
24	3	3%	1	1%	4	4%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	11 0	100%
<b>Puntuación de test Golbert</b>	Cuestionario de Adherencia SMAQ		Total			
	No adherente	Adherente				
<b>Mal estado mental o caso de deterioro mental (&lt;10)</b>	14	13%	20	18%	34	31%

<b>Normal (10 - 16)</b>	25	23%	23	21%	48	44%
<b>Caso nada sospechoso de deterioro mental (&gt;16)</b>	20	18%	8	7%	28	25%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%
<b>Cuestionario de Apoyo social funcional de Duke * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Cuestionario de Apoyo social funcional de Duke</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	No adherente		Adherente			
<b>Buena</b>	14	13%	30	27%	44	40%
<b>Mala</b>	45	41%	21	19%	66	60%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

Fuente: Base de datos de pacientes

**Tabla N°4: Factores de la enfermedad, según el Comportamiento de la adherencia a la terapia antirretroviral en los pacientes con VIH /SIDA, de 15-59años, Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre 2015**

<b>Perfil Clínico para el inicio de TAR * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Perfil Clínico para el inicio de TAR</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	No adherente		Adherente			
	5	5%	3	3%	8	7%
<b>mayor de 350 CD4 + Más de 100mil CV</b>	24	22%	16	15%	40	37%
<b>Menor de 350 CD4 + Cualquier valor de CD</b>	16	15%	18	17%	34	31%
<b>Infección Crónica Sintomática</b>	14	13%	10	9%	24	22%
<b>Otras</b>	0	0%	2	2%	2	2%
<b>Total</b>	59	55%	49	45%	108	100%
<b>Comorbilidades del paciente * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						

Comorbilidades del paciente	Cuestionario de Adherencia SMAQ				Total	
	No adherente		Adherente			
Ninguna	25	23%	32	29%	57	52%
Hipertensión	5	5%	4	4%	9	8%
Desnutrición	6	5%	2	2%	8	7%
Otras	7	6%	2	2%	9	8%
Cáncer	0	0%	1	1%	1	1%
Problemas Renales	7	6%	2	2%	9	8%
Problemas Pulmonares	6	5%	2	2%	8	7%
Hepatitis B o C	0	0%	2	2%	2	2%
Tuberculosis	0	0%	1	1%	1	1%
ITS	2	2%	0	0%	2	2%
Diabetes	2	2%	2	2%	4	4%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>55%</b>	<b>50</b>	<b>45%</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

**Numero de comorbilidades \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

Numero de comorbilidades	Cuestionario de Adherencia SMAQ				Total	
	No adherente		Adherente			
Ninguna	25	23%	32	30%	57	53%
1	10	9%	14	13%	24	22%
2	12	11%	1	1%	13	12%
más de 2	11	10%	2	2%	13	12%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>54%</b>	<b>49</b>	<b>46%</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>

**Vía de Contagio o Transmisión? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

Vía de Contagio o Transmisión?	Cuestionario de Adherencia SMAQ				Total	
	No adherente		Adherente			
Relación sexual Homosexual	3	3%	6	7%	9	10%
Relación Sexual Heterosexual	45	51%	34	39%	79	90%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>55%</b>	<b>40</b>	<b>45%</b>	<b>88</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos de pacientes

**Tabla N°5: Factores farmacológicos según la adherencia a la TAR en pacientes de 15-59años, del Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre 2015.**

<b>Efectos Adversos en expediente * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Efectos Adversos en expediente</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>Ninguno</b>	27	25%	25	23%	52	47%
<b>Gastrointestinal</b>	18	16%	14	13%	32	29%
<b>Metabólico</b>	10	9%	8	7%	18	16%
<b>Neurológico</b>	2	2%	4	4%	6	5%
<b>Otros</b>	2	2%	0	0%	2	2%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%
<b>Ha percibido algún efecto no deseado posterior a iniciar TAR? * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Ha percibido algún efecto no deseado posterior a iniciar TAR?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>Ninguno</b>	10	9.1%	16	14.5%	26	23.6%
<b>Gastrointestinal</b>	27	24.5%	19	17.3%	46	41.8%
<b>Neurológico</b>	14	12.7%	10	9.1%	24	21.8%
<b>Endocrino</b>	5	4.5%	0	0%	5	4.5%
<b>Otros</b>	5	4.5%	4	3.6%	9	8.1%
<b>Total</b>	61	55%	49	45%	110	100%
<b>Número de tabletas tomadas diario * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Número de tabletas tomadas diario</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>2</b>	25	22.7%	20	18.2%	45	40.9%
<b>3</b>	16	14.5%	9	8.2%	25	22.7%
<b>4</b>	12	10.9%	16	14.5%	28	25.4%
<b>5</b>	3	2.7%	4	3.6%	7	6.3%



<b>6</b>	3	2.7%	2	1.8%	5	4.5%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

**TAR interrumpe su rutina y vida diaria? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

<b>TAR interrumpe su rutina y vida diaria?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>No</b>	40	36%	46	42%	86	78%
<b>Sí</b>	19	17%	5	5%	24	22%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

**Ha tenido interrupción o modificación del régimen terapéutico? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

<b>Ha tenido interrupción o modificación del régimen terapéutico?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>No</b>	51	46%	43	39%	94	85%
<b>Sí, 1 ocasión</b>	6	5%	8	7%	14	13%
<b>Sí, más de una ocasión</b>	2	2%	0	0%	2	2%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

**Cuánto tiempo lleva en tratamiento? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

<b>Cuánto tiempo lleva en tratamiento?</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>Menos de 6 meses</b>	20	18%	23	21%	43	39%
<b>6 meses - 12 meses</b>	7	6%	7	6%	14	13%
<b>1 año</b>	11	10%	12	11%	23	21%
<b>2 años</b>	7	6%	3	3%	10	9%
<b>4 años</b>	7	6%	0	0%	7	6%
<b>5 años</b>	6	5%	0	0%	6	5%
<b>6 años</b>	0	0%	2	2%	2	2%
<b>7 años</b>	0	0%	2	2%	2	2%

<b>9 años</b>	1	1%	2	2%	3	3%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%
<b>Tiempo transcurrido desde su Diagnóstico al inicio del Tratamiento * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Tiempo transcurrido desde su Diagnóstico al inicio del Tratamiento</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>Menos de 6 meses</b>	40	36%	44	40%	84	76%
<b>6 meses - 1 año</b>	4	4%	3	3%	7	6%
<b>1 año - 2 años</b>	6	5%	2	2%	8	7%
<b>2 años - 3 años</b>	3	3%	0	0%	3	3%
<b>más de 3 años</b>	4	4%	0	0%	4	4%
<b>9</b>	1	1%	2	2%	3	3%
<b>11</b>	1	1%	0	0%	1	1%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

Fuente: Base de datos de pacientes

**Tabla N°6: Factores del sistema de salud según la adherencia de la TAR en pacientes de 15-59años, Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre 2015**

<b>Servicios que le han provisto en la clínica de TAR * Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>						
<b>Número de Servicios que le han provisto en la clínica de TAR</b>	<b>Cuestionario de Adherencia SMAQ</b>				<b>Total</b>	
	<b>No adherente</b>		<b>Adherente</b>			
<b>1</b>	4	4%	6	6%	10	9%
<b>2</b>	5	5%	10	9%	15	14%
<b>3</b>	6	6%	2	2%	8	7%
<b>4</b>	34	32%	18	17%	52	49%
<b>5</b>	6	6%	10	9%	16	15%
<b>6</b>	3	3%	0	0%	3	3%

8	0	0%	1	1%	1	1%
mas de 8	0	0%	2	2%	2	2%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>54%</b>	<b>49</b>	<b>46%</b>	<b>107</b>	<b>100%</b>

**¿Le han dado TAR exactos entre períodos de consulta? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

¿Le han dado TAR exactos entre períodos de consulta?	Cuestionario de Adherencia SMAQ				Total	
	No adherente		Adherente			
Sí	59	55%	49	45%	108	100%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>55%</b>	<b>49</b>	<b>45%</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

**Número de Exámenes que le han hecho en los últimos 6 meses \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

No. de Exámenes que le han hecho en los últimos 6 meses	Cuestionario de Adherencia SMAQ				Total	
	No adherente		Adherente			
1	2	2%	0	0%	2	2%
2	5	5%	2	2%	7	6%
3	25	23%	27	25%	52	48%
4	1	1%	2	2%	3	3%
5	9	8%	4	4%	13	12%
6	6	6%	5	5%	11	10%
7	5	5%	4	4%	9	8%
8	1	1%	3	3%	4	4%
9	0	0%	1	1%	1	1%
Mas de 9	4	4%	3	3%	7	6%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>53%</b>	<b>51</b>	<b>47%</b>	<b>109</b>	<b>100%</b>

**Tiene facilidad de transporte para llegar al HAN? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

Tiene facilidad de transporte?	Cuestionario de Adherencia SMAQ				Total	
	No adherente		Adherente			
No	2	2%	2	0.018182	4	4%
Sí	57	52%	49	0.445455	106	96%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>54%</b>	<b>51</b>	<b>0.463636</b>	<b>110</b>	<b>100%</b>

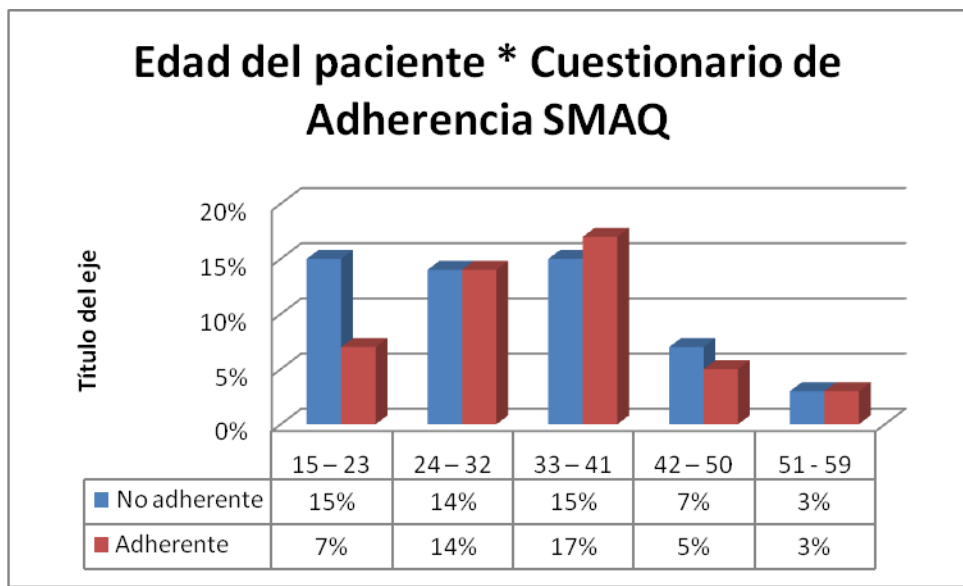
**Le resulta favorable la ubicación del Hospital para su movilización? \* Cuestionario de Adherencia SMAQ**

Le resulta favorable la ubicación del Hospital para su movilización?	Cuestionario de Adherencia SMAQ				Total	
	No adherente		Adherente			
<b>Desfavorable</b>	2	2%	2	2%	4	4%
<b>Favorable</b>	57	52%	49	45%	106	96%
<b>Total</b>	59	54%	51	46%	110	100%

**Fuente:** Base de datos de pacientes

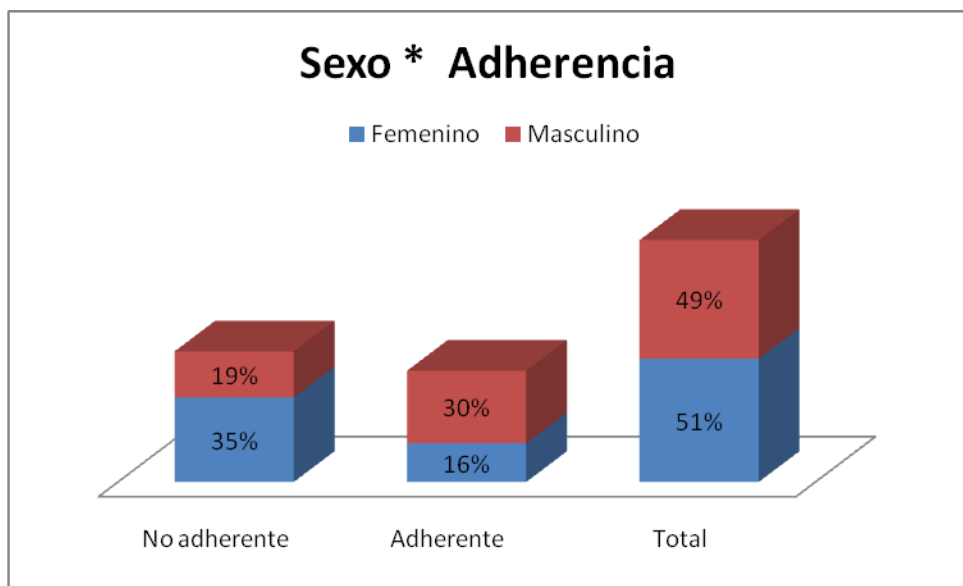
## 2. Gráficos

**Grafico N°1: Edad de los pacientes en estudio con relación a adherencia a TAR, en Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre de 2015.**



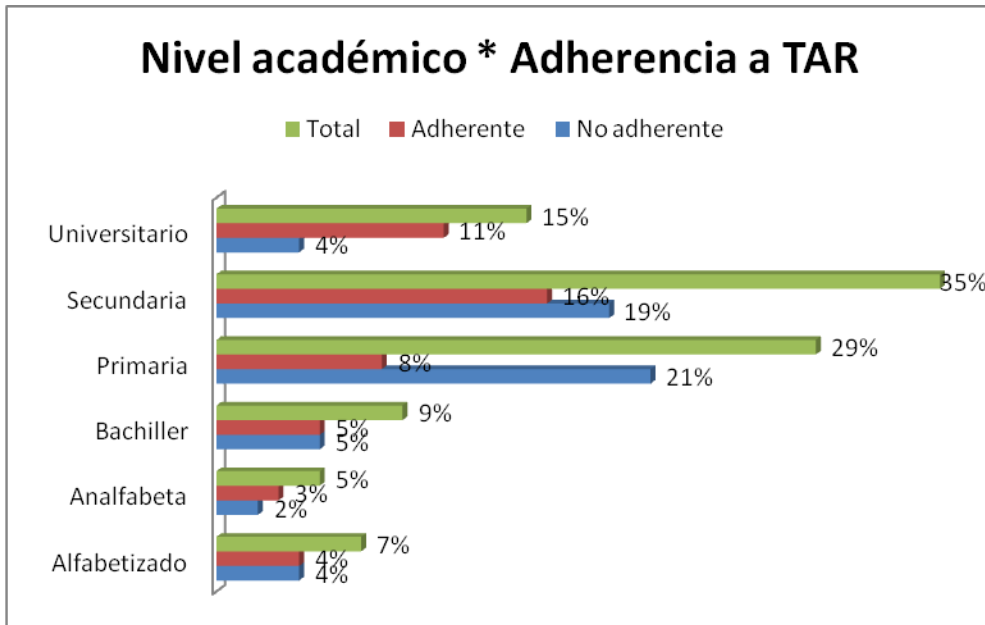
**Fuente:** Tabla N°1

**Grafico No. 2. Sexo de los pacientes en estudio con relación a adherencia a TAR, en Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre de 2015.**



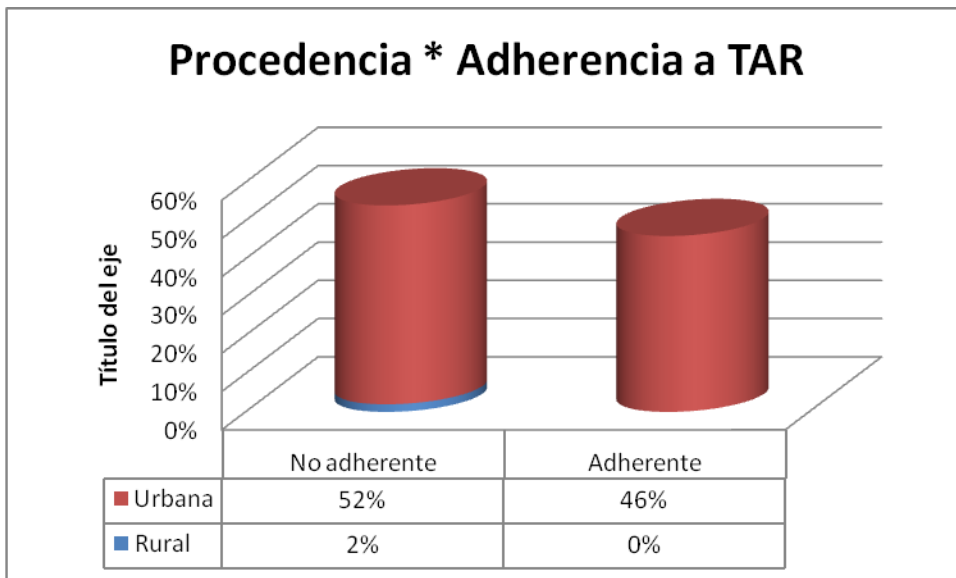
**Fuente:** Tabla N°.1

**Grafico N°3 Nivel académico de las pacientes en estudio con relación a adherencia a TAR, en Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre de 2015**



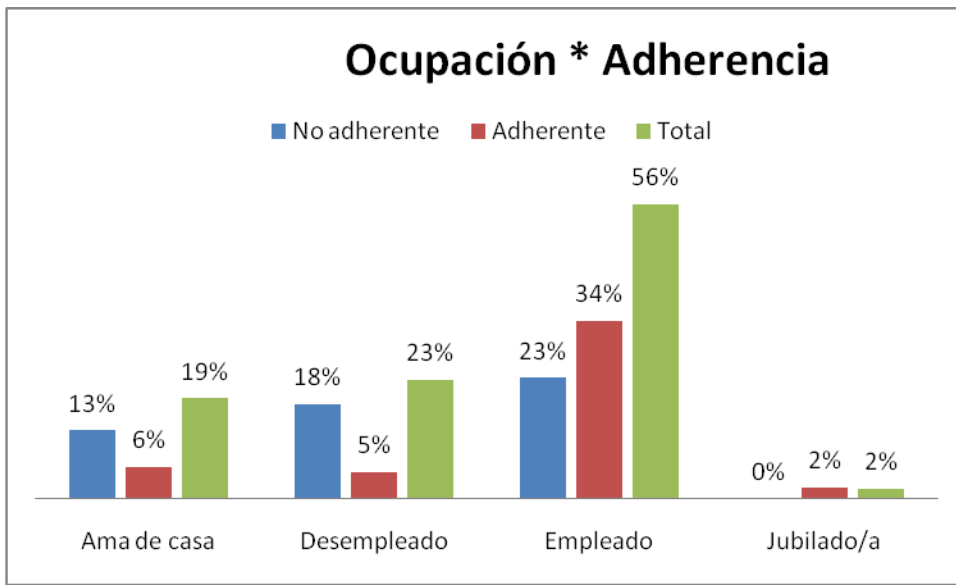
**Fuente:** Tabla N°1

**Grafico N°4 Procedencia de los pacientes en estudio con relación a adherencia a TAR, en Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre de 2015.**



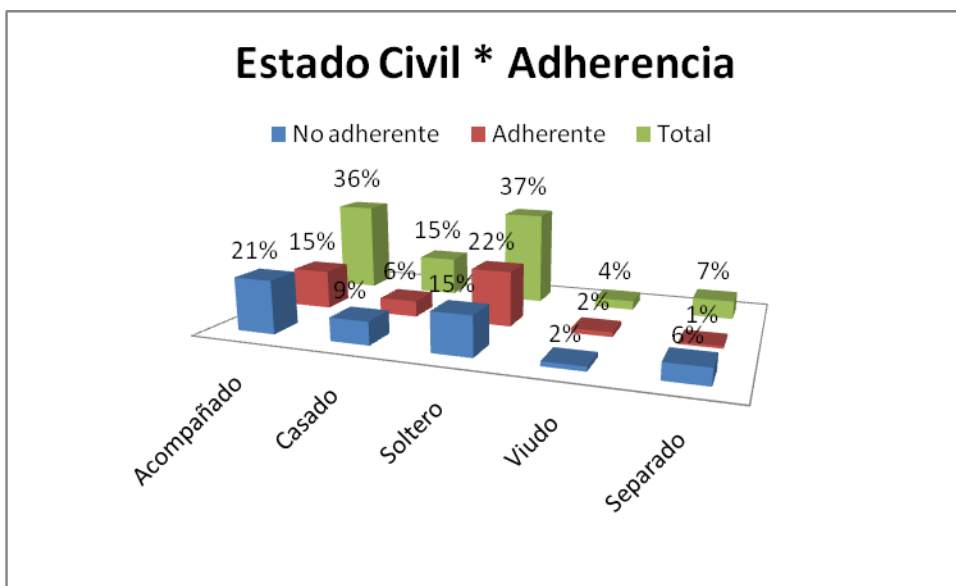
**Fuente:** Tabla N°1

**Grafico N°5 Ocupación de los pacientes en estudio con relación a adherencia a TAR, en Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre de 2014.**



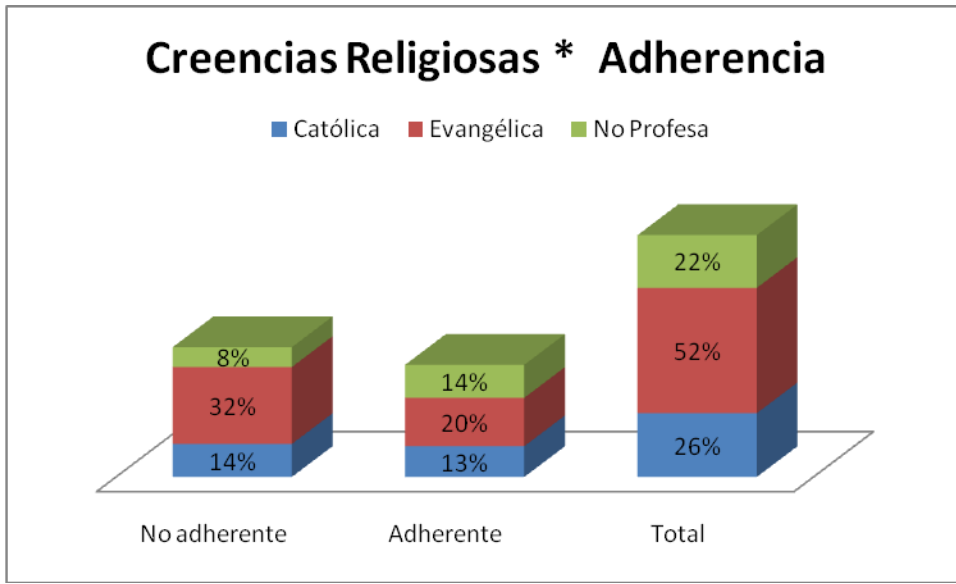
**Fuente:** Tabla N°1

**Grafico N°6 Estado civil de los pacientes en estudio con relación a adherencia a TAR, en Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre de 2014.**



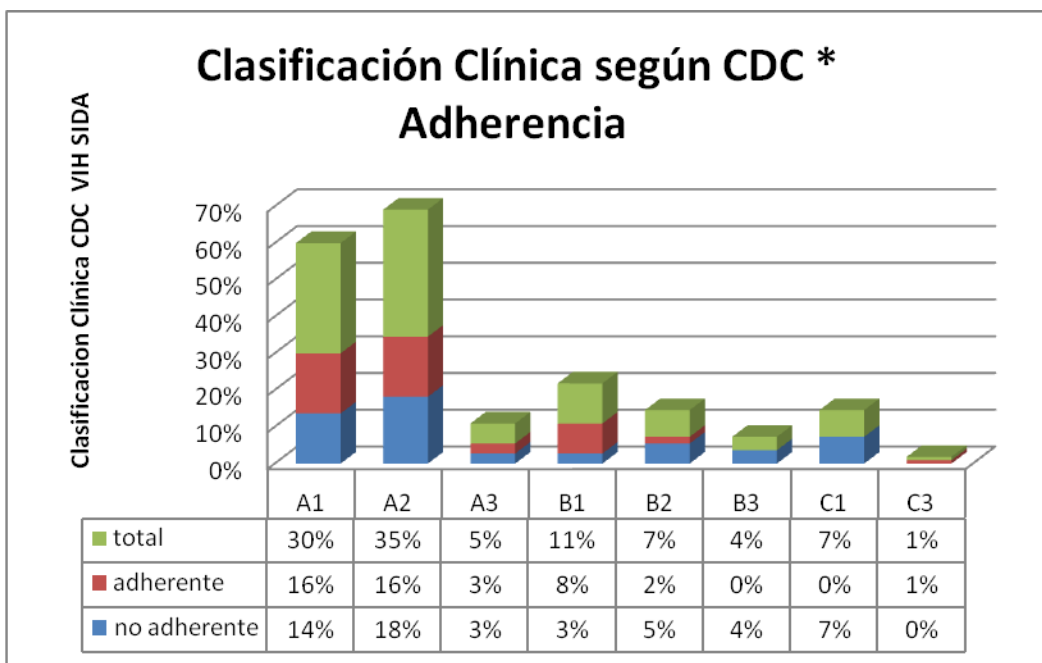
**Fuente:** Tabla N°1

**Grafico N°7 Creencias religiosas de los pacientes en estudio con relación a adherencia a TAR,**  
**en Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre de 2015.**



**Fuente:** Tabla N°1

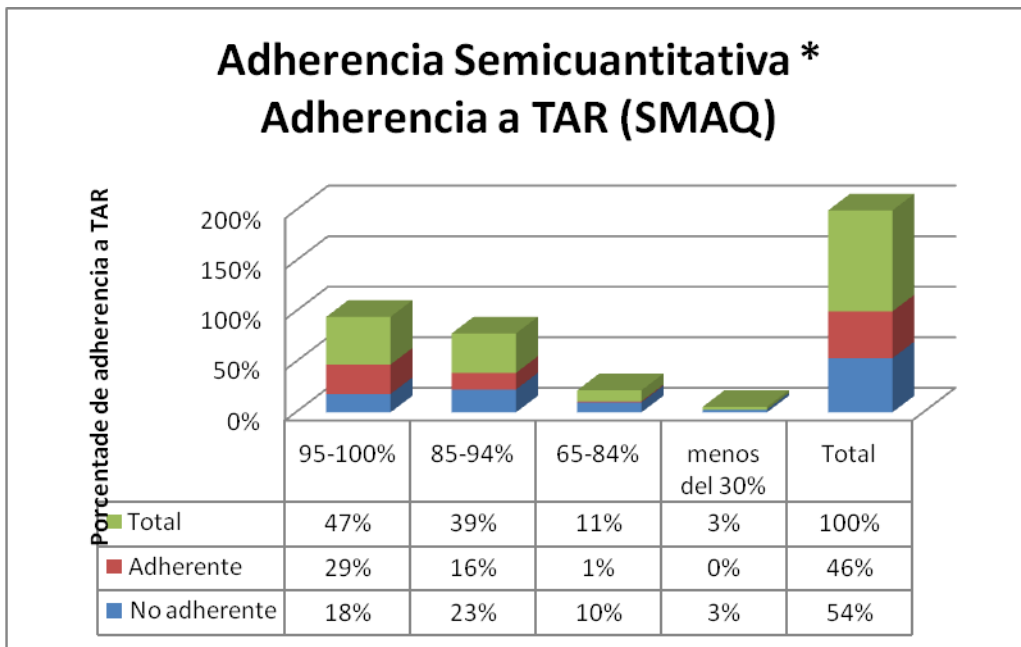
**Gráfico N°8: Clasificación clínica según CDC de los pacientes en estudio, con relación a**  
**adherencia a TAR, primer semestre de 2015.**



**Fuente:** Tabla N°2

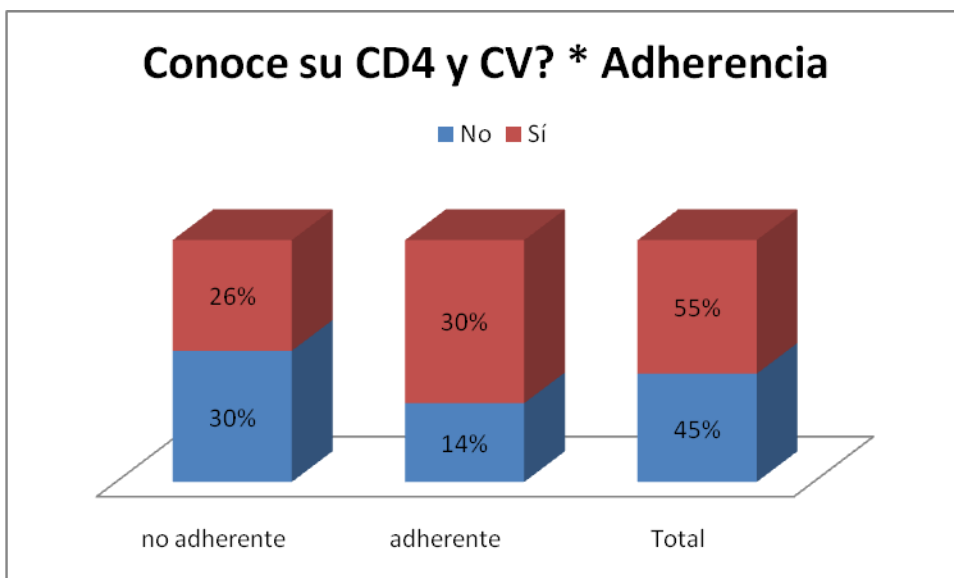


**Grafico N°9: Adherencia semicuantitativa al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA con relación a adherencia general reportada por Cuestionario SMAQ , HAN, primer semestre 2015.**



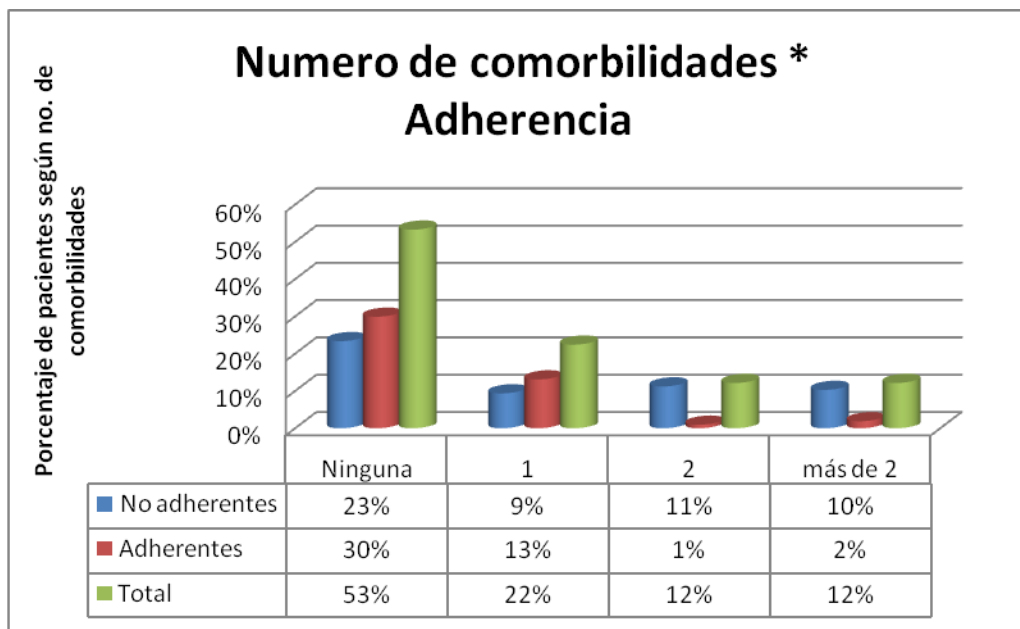
**Fuente:** Tabla N°2

**Grafica N°10 Paciente Conoce su CD4 y CV?, en con relación a adherencia a TAR, HAN, primer semestre 2015.**



**Fuente:** Tabla N°3

**Grafica N°11 Paciente Conoce su CD4 y CV?, en con relación a adherencia a TAR, HAN, primer semestre 2015.**



**Fuente:** Tabla N°4

### 3. Instrumentos de recolección de la información

#### HOJA INFORMATIVA

El presente estudio tiene como título "Comportamiento de la adherencia de la terapia antirretroviral en pacientes PVS, de 15 a 69 años en el Hospital Alemán Nicaragüense, año 2015". Será conducido por licenciados de las carreras nutrición y estudiante de pregrado de la carrera de medicina del 6to año, con asesoría de personal de médicos docentes debidamente calificados, de los departamentos de áreas clínicas y básicas pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua;, además de la orientación del personal médico que brinda su diaria atención. Con números móviles de referencia: 83238863, 57739071.

El presente estudio se realizará para determinar el nivel de Adherencia a la Terapia Antirretroviral y el Comportamiento de ésta, por parte de las Personas con VIH y VIH avanzado, que están inscritos al Hospital Alemán Nicaragüense del Ministerio de Salud. Se expresará en términos porcentuales la cantidad de Personas Adherentes y No adherentes por establecimiento de salud y en términos generales. Se hará un análisis de las posibles causas que favorecen y/o dificultan dicha Adherencia (factores asociados), para proponer soluciones diferenciales por establecimiento y población particular.

La información obtenida es de mucha importancia pues en Nicaragua, no se cuenta con un registro de adherencia y los factores asociados a ella carácter nacional, ni mucho menos en el ámbito local, dentro de éste hospital, y tal asunto reviste una vital importancia. Se ha estimado que la duración del presente estudio sea en total de 12 meses, pero la etapa de recolección de información se ha calculado en 6 meses. La recolección de la información se realizara mediante aplicación de cuestionario a una muestra de Personas con VIH de dicho hospital que será tomada en forma aleatoria (al azar), para que todos y todas las Personas con VIH inscritas tengan iguales posibilidades de ser elegidas. La participación en el estudio no obstante será completamente voluntaria y anónima, es

decir que a las Personas con VIH elegidas para participar, se les pedirá permiso para ser incluidas.

La aceptación o negación a participar, en nada influirá con las prestación de servicios, entrega de Antirretrovirales, etc. Es decir que el participar no generará ningún beneficio directo (pago, etc.), pero tampoco el no participar tendrá alguna consecuencia negativa, como tampoco lo tendrá el encontrar que una Persona con VIH no es Adherente a la Terapia Antirretroviral. Por el contrario la información obtenida se utilizará para proponer acciones que faciliten a las Personas con VIH cumplir con la medicación prescrita, contribuyendo a que se evite la generación de resistencia a las diferentes líneas de medicamentos Antirretrovirales. En otras palabras se pretende mejorar la calidad de vida y la prestación de servicios para las Personas con VIH así como brindar puntos de reflexión para implementar nuevas estrategias en los pacientes, familias y servicio de salud.

De las 213 Personas con VIH que están inscritas en el HAN del Ministerio de Salud, se espera tener una muestra representativa de 110 Personas (es decir una cantidad de personas que ha sido seleccionada de tal manera que la información que se recolecte sea válida y represente la realidad de todas las Personas en Tratamiento. Solo participarán Personas que acepten voluntariamente, posterior al llenado de consentimiento informado.

Como ya se mencionó anteriormente no se prevé ninguna molestia, ni ningún efecto negativo al participar en el estudio. La duración de la entrevista será de un máximo de 25 minutos por Persona. En la entrevista se harán preguntas relacionadas con el grupo (o población), con el que se auto identifica, situación familiar, de estudios, económica, con el personal y sistema de salud y aspectos clínicos relacionados con la Adherencia a la Terapia Antirretroviral.

# CUESTIONARIO ESTUDIO ADHERENCIA DE PVS A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – UNAN Managua. “Comportamiento de la adherencia de la terapia antirretroviral en pacientes PVS, de 15 a 69 años en el Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre 2015”

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Yo, \_\_\_\_\_ (siglas del nombre de participante voluntario/a), hago constar que \_\_\_\_\_ (nombre de entrevistador(a), quien se identificó como encuestador (a) me visitó e informo sobre los objetivos y la importancia del estudio, denominado: “Comportamiento de la adherencia de la terapia antirretroviral en pacientes PVS, de 15 a 69 años en el Hospital Alemán Nicaragüense, primer semestre 2015”, que está siendo promovido por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, por lo que se están recolectando datos generales, personales y clínicos sobre la Adherencia a la Terapia Antirretroviral, y que los resultados de este estudio, se utilizarán exclusivamente con fines académicos y para orientar de mejor manera las intervenciones y prestación de servicios de tal forma que se facilite a las Personas con VIH cumplir con su Terapia Antirretroviral de manera integral.

Dado lo anterior, se me está invitando a participar voluntariamente, previa explicación del proceso para haber sido seleccionado(a), por llenar los criterios para ser incluido en el estudio. Además, se me ha informado que se me harán algunas preguntas sobre mi situación familiar, económica y clínica siempre relacionada con la Adherencia a la Terapia Antirretroviral, etc.

#### Se me ha explicado que:

- Las preguntas que se me harán serán anotadas en un formulario de papel
- Que si tengo dudas podré pedir que me repitan la pregunta.
- Que lo que diga va ser confidencial y no será divulgada por nadie (tal como lo indica la Ley de VIH)
- Que cualquier resultado que se publique no mencionará los nombres de las Personas entrevistadas
- Que no se me obliga a contestar y que podré abstenerme de contestar o retirarme de la entrevista del estudio en cualquier momento que sea, y por cualquier razón que considere válida.
- Que el tiempo de la entrevista es de un máximo de (25) minutos
- Que si tengo alguna duda sobre la encuesta o si quisiera saber más sobre este Consentimiento (CI), puedo llamar a los números que se me brindaron con anterioridad.

**Se me ha explicado, que los posibles riesgos** son inexistentes debido a que solamente se me realizarán las preguntas y se llenará el formulario por la persona entrevistadora. Siendo esta información anónima y de utilización exclusiva para el presente estudio.

**Sobre los Beneficios del presente estudio:** me informan que por participar no obtendré ningún beneficio directo inmediato (pago, etc.), pero que sin embargo, los resultados del estudio servirán para determinar el nivel de Adherencia a la Terapia Antirretroviral, existente entre las Personas con VIH que asisten a la Red de establecimientos de atención integral del Ministerio de Salud (MINSAL), y que a partir de estos resultados se diseñarán estrategias e intervenciones más apropiadas para las Personas con VIH que están actualmente en tratamiento con Antirretrovirales y que consecuentemente contribuyan a la reducción de la resistencia, necesidad de usar medicamentos Antirretrovirales de 3ª generación o rescate, es decir que contribuyan a mejorar la prestación de servicios de salud y mi calidad de vida.

Después de haberseme explicado todo lo anterior, se me ha preguntado que si quiero participar de manera voluntaria en la entrevista del estudio. También se me ha dicho que puedo dejar de participar en cualquier momento que yo lo desee sin que eso tenga consecuencias negativas de ningún tipo.

Por tanto, de forma voluntaria ACEPTO PARTICIPAR en esta investigación, por lo que firmo:

---

Firma de Voluntario(a)  
(Huella digital)

---

Firma de Testigo(a)  
(Huella digital)

Fecha: Hora:

Fecha: Hora:

---

Código No: \_\_\_\_\_

Fecha Administración Cuestionario: \_\_\_\_\_

Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Hora de Administración: \_\_\_\_\_

Hora de inicio: \_\_\_\_\_

Hora de finalización: \_\_\_\_\_

Entrevistador:

\_\_\_\_\_

Hospital/clínica:

\_\_\_\_\_

Comunidad:

\_\_\_\_\_

Colonia/Barrio (Urbano):

\_\_\_\_\_

Comarca/Lugar (rural):

\_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

¿Pertenece algún grupo de apoyo? Sí \_\_\_ No: \_\_\_

#### **I. Datos Generales**

**1. Edad (años cumplidos):**

**2. Sexo: Masculino Femenino**

#### **ORIENTACION SEXUAL**

**3. ¿Con cuál de las siguientes población con la que se auto identifica?**

Homosexual

Heterosexual

Bisexual

Travesti

Hombre transexual

Mujer Trans

Lesbiana

Otra

#### **NIVEL EDUCATIVO**

**4. ¿Cuál es el grado más alto de estudios que aprobó (ha aprobado)?**

No sabe leer

Sabe leer

Primaria (1º-6º)

Básica (7º- 9º)

Bachillerato/media

Superior/ NO universitario

**4.1 ¿Cuál es su ocupación actualmente?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. ¿Cuál es su Estado familiar?**

Soltero/a

Casado/a

Acompañado/a

Separado

Divorciado/a

Viudo/a

**5.1 ¿Con cuántas parejas sexuales convive actualmente?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. ¿Cuántos hijos tiene?**

No tiene hijos

1

2

3

**7. ¿A qué grupo religioso pertenece?**

- Católico/a
- Evangélico/a
- Testigo jehová
- Adventista
- No profesa
- Otra (especifique)

**8. Grupo familiar**

**8.1 ¿Vive solo o acompañado? Solo Acompañado**

**8.2 ¿Cuántas personas forman su grupo familiar?**

**Factores relacionados al Tratamiento:**

**9. Duración del tratamiento**

- < 6 meses
- 6 meses - 1 año
- >1 año

**10. ¿Cuál fue la fecha de su diagnóstico y del inicio de la TAR?**

FECHA DE DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

FECHA DE INICIO DE LA TAR \_\_\_\_\_

**11. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos?**

- Sí
- No
- NR

**12. Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿Ha dejado de tomarlos?**

- Sí
- No
- NR

**13. Nombre del medicamento:**

**1. Número de comprimidos que toma por día**

**2. Hora de ingesta**

**16. Se debe tomar antes, durante o después de las comidas? (alguna consideración relevante)**

**17. Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los Antirretrovirales?**

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mucho                    | Bastante                 | Regular                  | Poco                     | Nada                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**18. Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los Antirretrovirales?**

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mucho                    | Bastante                 | Regular                  | Poco                     | Nada                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CONFIANZA EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO**

**19. Tiene usted, plena confianza en que Tratamiento Antirretroviral, ¿le ayudará a mejorar su condición?**

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sí                       | No                       | NR                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**TEMOR (EFECTOS ADVERSOS)**

**20. ¿Tiene temor de que el Tratamiento Antirretroviral que está tomando ¿Le produzca algún daño en su organismo?**

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sí                       | No                       | NR                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**21. Ha percibido ud. Algún efecto no deseado, posterior al haber iniciado el TAR? Especifique**

S/No:

---

---

**Adherencia a TAR**

22. (Cuestionario de adherencia de SMAQ)

1. **Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?**  Sí  No

2. **¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?**  Sí  No

No

3. **Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal?**  Sí  No

4. **¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?**  Sí  No

5. **En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?** (encierra en círculo la respuesta)

A: ninguna B: 1 - 2

C: 3 - 5

D: 6 - 10

E: más de 10

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

Días: ....\_\_\_\_\_

1. Se considera no adherente: 1: sí, 2: no, 3: sí, 4: sí, 5: C, D o E, 6: más de dos días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

2. La pregunta 5 se puede usar como semi cuantitativa:

A: 95 - 100 % adhesión

B: 85-94 %

C: 65-84 %

D: 30-64 %

E: < 30 %

**Factores personales**

23. **¿Conoce los resultados de su CD4 y Carga Viral?**

	Sí	No	NR
CD 4:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carga Viral:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. **¿Cuál de los siguientes servicios le proveen en las clínicas TAR?**

	Sí	No	NR
Atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exámenes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención Psicológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención Nutricional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención Odontológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupo de apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. **¿Cuál de los siguientes exámenes le han hecho en los últimos 6 meses?**

	Sí	No	NR
Heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis (flema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticuerpos CD4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carga viral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triglicéridos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. **¿Le ha diagnosticado algún tipo de desnutrición?**

	Sí	No	NR
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25.1 Estatura: \_\_\_\_\_

25.2 Peso: \_\_\_\_\_

27. **¿Le dan los medicamentos antiretrovirales exactos para un periodo de tratamiento? Entre un periodo y otro de consulta?**

Sí	No	NR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. **¿Tiene algunas de las siguientes enfermedades?**



	Sí	No	NR
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas renales pulmonares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ITS ¿Cuál?	_____		

29. ¿Le han operado alguna vez?

Sí	No	NR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. ¿Qué operación le han practicado?

Si no sabe el nombre quirúrgico poner la idea

31. Corre riesgos en su comunidad de tener algún percance como

	Sí	No	NR
Accidentes vehiculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heridas por asalto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidentes laborales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agresiones física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. ¿Recuerda los nombres de su médico, y de los otros miembros del equipo multidisciplinario que lo(a) atiende?

Sí	No	NR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Mencione sus nombres:

a \_\_\_\_\_

b \_\_\_\_\_

c \_\_\_\_\_

34. ¿Siente confianza en su médico?

Sí	No	NR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. ¿Si usted tiene alguna duda con respecto a la evolución del VIH o de la Terapia Antirretroviral, ¿Sabe que puede consultarlo con su médico o equipo multidisciplinario?

Sí	No	NR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Cuestionario de Apoyo social funcional de Duke

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
<b>Puntuación Total</b>					

USO ACTIVO DE DROGAS

37. ¿Cuál de las siguientes drogas a utilizado en los últimos 6 meses?

	Sí	No	NR	Cant
Ha fumado cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fumado marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fumado o inhalado piedra o crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inhalado cocaína o fumado heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha inyectado cocaína o heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha inhalado thinner o pega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha consumido éxtasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha fumado heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha inyectado sustancias diferentes a las drogas mencionadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. Cuestionario de salud mental general de Goldberg:**

1 ) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

Mejor que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_  
Menos que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho menos que lo habitual \_\_\_\_

2 ) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_  
Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_

3 ) ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_  
Menos útil que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho menos\_\_\_\_

4 ) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más capaz que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_  
Menos capaz que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho menos\_\_\_\_

5 ) ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_  
Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_

6 ) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_  
Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_

7 ) ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_  
Menos que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho menos\_\_\_\_

8 ) ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?

Más capaz que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_  
Menos capaz que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho menos\_\_\_\_

9 ) ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_  
Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_

10 ) ¿Ha perdido confianza en sí mismo?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_  
Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_

11 ) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_  
Bastante más que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho más\_\_\_\_

12 ) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más feliz que lo habitual\_\_\_\_  
Aproximadamente lo mismo que lo habitual\_\_\_\_  
Menos feliz que lo habitual\_\_\_\_  
Mucho menos que lo habitual\_\_\_\_

# Ficha de Recolección de Información

## FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

### Introducción:

La siguiente ficha servirá para recolectar datos socios demográficos, y los factores de la población a estudio. Es preciso llenar TODOS los datos y no dejar acápites o incisos en blanco ya que dificultará el posterior análisis.

### 1. Datos Sociodemográficos

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: N° de expediente: \_\_\_\_\_

– 23 años      Femenino     

– 32 años      Masculino     

– 41 años

– 50 años

Dirección: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

#### Escolaridad:

Analfabeta

Alfabeta

Primaria

Secundaria

Bachiller

Técnico

Universitario

#### Procedencia:

Urbana

Rural

#### Ocupación:

Empleado

Desempleado

#### Estado civil:

Soltero/a  Viudo/a

Unión Libre  Divorciad/a

Casado/a

**Clasificación clínica de los pacientes**

**Clasificación CDC:**

A1       B1       C1

A2       B2       C2

**Clasificación OMS:**

I                   III

II                   IV

**2. Factores de la enfermedad asociados a la adherencia a la TAR**

**Perfil clínico para el tratamiento:**

>350CD4 + >100mil CV

<350 CD4 + cualquier valor CD

Infección crónica sintomática

**Comorbilidad/es:**

Ninguna                   Especificar:

1,  \_\_\_\_\_

2,  \_\_\_\_\_

>2  \_\_\_\_\_

**Vía de transmisión:**

Relación sexual

Parenteral

Madre – hijo

3. Factores farmacológicos asociados a la adherencia de la terapia antirretroviral

**Efectos adversos de la TAR:**

**Ninguna**

Gastrointestinal

Metabólica

Neurológica

**Otras**

Especificar:

---

---

**Complejidad del régimen terapéutico:**

(Especificar esquema administrado)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Interrupción de la rutina diaria y estilo de vida?**

Sí

No

**Costos del tratamiento?**

Gratuito

No gratuito

**Interrupción o modificación del régimen terapéutico?**

**Sí** 1 ocasión >1 ocasión

**No** (englobe)

**Características del tratamiento:**

ITRAN

ITRNN

IP

Combinado

**Tiempo de tratamiento:**

< 6 meses

6 meses - 1 año

>1 año

#### 4. Presupuesto

Recurso	Costo Unitario	Costo Efectivo Total (c\$)
<b>Alimentación</b>	C\$50.00 x 32 (4 personas x 8 sesiones)	1,600.00
<b>Transporte</b>	C\$ 2.50 x 64 (16 pasajes x 4 personas)	160.00
<b>Papelería</b>	C\$150.00 x 3 impresiones	450.00
<b>Internet</b>	C\$12.00 x 20 horas ("estimadas")	240.00
<b>Total</b>		<b>2,450.00</b>