



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



Maestría en Epidemiología 2011 – 2013

Tesis para optar al Grado de Maestro en Epidemiología

**“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRALES EN  
PACIENTES DEL CAI, DEL HOSPITAL REGIONAL “GABRIELA  
ALVARADO” DANLÍ, EL PARAÍSO- HONDURAS ENERO-MAYO  
2013”**

Autor: David Alexander Martínez S.

Tutora: MSc. Mayra Molina  
MSc. Epidemiología

Ocotal Nueva Segovia- Nicaragua 2013

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por regalarme salud y sabiduría, a mi esposa y a mis hijos que me han permitido robarles un poco de nuestro tiempo para poder dar un paso más adelante, a mis padres porque gracias a su trabajo logre alcanzar un título de pregrado, a mi tutora por sus consejos, a nuestra coordinadora MSc. Alice Pineda Whitaker por el apoyo que nos brindó en estos últimos dos años, a mis compañeros que han permitidos que estos fines de semana no se hicieran eternos, y a todos aquellos que han contribuido para el desarrollo del trabajo.

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la salud y la sabiduría que me han permitido concluir este proyecto.

A mi esposa Aida y a mis hijos Alejandra y David, por el apoyo incondicional que me dieron a lo largo de este proyecto. A estos últimos les invito a que en los años venideros, nos superen en todas las metas académicas que nosotros nos hemos propuesto.

A mis padres, Julia Esther Segura de Martínez y Carlos David Martínez, porque siempre nos han motivado para que salgamos adelante, nos ha enseñado el valor del trabajo y la honradez.

## RESUMEN

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medios.

Centroamérica es la sub-región más afectada, después del Caribe, por la epidemia de VIH/SIDA en la región de Latino América y el Caribe. Cuatro de los seis países de América Latina con mayores tasas de prevalencia de infección por VIH están en Centroamérica, y en tres de ellos las tasas de prevalencia son superiores o iguales al 1% (con el 2,5% en Belice, con el 1,6 % en Honduras y el 0,9% en Guatemala).

Ante la alta incidencia del VIH en nuestro país, así como la aplicación de tratamientos antirretrovirales, en el Centro de Atención Integral (CAI); del Hospital Regional Gabriela Alvarado de la Ciudad de Danlí, El Paraíso; nos vemos motivados a indagar cual es el producto de los mismos.

<b>INDICE</b>	<b>PAG.</b>
AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
RESUMEN	iii
I.INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V. OBJETIVOS	6
VI. MARCO TEORICO	7-13
VII. DISEÑO METODOLOGICO	14-16
VIII. DESCRIPCION DE RESULTADOS	17-20
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	21-23
X. CONCLUSIONES	24
XI. RECOMENDACIONES	25
XII. BIBLIOGRAFIA	26
XIII. ANEXOS	27

## **I. INTRODUCCIÓN**

El SIDA surge en el escenario mundial a inicios de la década del 80, atacando esencialmente población masculina, joven, en edad productiva cuyo destino indefectiblemente era la muerte.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una enfermedad infecto contagiosa de transmisión sexual, causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cual afecta el sistema inmunológico, aniquilando el sistema de defensas. A partir de ello se producen enfermedades oportunistas que eventualmente, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, culminan con la muerte.

La aparición de los medicamentos antirretrovirales en el último lustro, ha venido a revolucionar el abordaje médico y social históricamente en vigencia para el tratamiento del VIH/SIDA. Este hito de la ciencia, adquiere una dimensión ontológica para la persona infectada y sus redes de apoyo, dada la posibilidad de replantear radicalmente la propia existencia. La opción del tratamiento hace que se pierda la sensación de que la vida es súbitamente arrebatada, pero al mismo tiempo demanda entrar en un proceso de autodescubrimiento, lo cual implica, responder al dilema de vivir dentro de un marco existencial generalmente distinto al requerido, a partir de su nueva condición de salud, o bien elegir la muerte.

Desde esta perspectiva, se construye una ambivalencia producida por la elección de vivir o morir, en tanto la primera, paradójicamente implica morir a conductas de riesgo o estilos de vida no saludables, los cuales son necesarios de modificar, para contribuir a mejorar tanto la calidad como la expectativa de vida de la persona infectada y sus redes de apoyo.

## II. ANTECEDENTES

Históricamente, la conceptualización de la adherencia al tratamiento ha implicado la delimitación y diferenciación de otros términos como el de cumplimiento de prescripciones médicas, alianza terapéutica, cooperación y adhesión terapéutica, entre otros (Haynes, 1979, Blackwell, 1982, Friedman y DiMateo, 1989 citados por Meichenbaum y Turk, 1991). Aunque existe polémica en torno a los términos de adhesión y adherencia, de acuerdo con una revisión del tema, la adherencia al tratamiento es el término más adecuado por “el sentido psicológico que entraña” (Martin, 2004, p. 1; Martin y Grau, 2004), siendo este término respaldado también por la OMS (2004) en su informe sobre la adherencia a los tratamientos a largo plazo. Además de la diferenciación semántica, la conceptualización como tal ha sido diversa, compleja y aún insuficiente (Martin, 2004; Ortiz y Ortiz, 2007; Varela, Salazar y Correa, 2007a,b). Sin embargo, independientemente de la denominación utilizada (adhesión o adherencia), con el transcurso de los años, ésta ha ido trascendiendo la connotación reduccionista de cumplimiento o seguimiento de las instrucciones médicas, otorgándosele cada vez más un carácter de voluntariedad y un papel activo al paciente, y a su vez, ha incluido otros aspectos no farmacológicos propios de los tratamientos (ej., modificación de estilos de vida, asistencia a las citas médicas, comunicación con el profesional de la salud, aceptar formar parte del plan terapéutico, etc.).

DiMatteo y DiNicola (1982 citados por Amigo, Fernández y Pérez, 1998) ampliaron la definición clásica de cumplimiento, relacionando la adherencia al tratamiento con “un compromiso de colaboración activa e intencionada del paciente en un curso de comportamiento, aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado” (p. 232). Meichenbaum y Turk (1991) añaden que la adhesión al tratamiento cubre una variedad de conductas como formar parte y continuar un programa de tratamiento, mantener las horas de consulta con otros especialistas, tomar correctamente la medicación prescrita, desempeñar cambios adecuados en el estilo de vida, realizar el régimen terapéutico domiciliario y evitar comportamientos de riesgo. Se define como una

conducta meta que incluye la incorporación puntual o definitiva de nuevos hábitos en la rutina diaria de la persona, que serán beneficiosos para su salud.

La inclusión (así sea gradual) de dichos hábitos (simples o complejos), requiere saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer, por lo tanto, “el paciente ha de disponer de habilidades de diferente grado de complejidad”. Por su parte, Bimbela (2002) propone que la adherencia es la estrategia que permite que el paciente se mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida.

La OMS (2004) adopta y promueve el concepto de adherencia al tratamiento refiriéndose a éste como el grado en el cual el comportamiento del paciente la toma de los medicamentos y la introducción de cambios en su estilo de vida responde a las indicaciones o recomendaciones dadas por el profesional de la salud. Además, resalta la importancia de la conformidad del paciente con su tratamiento. Martin y Grau (2004) precisan que la adherencia al tratamiento consiste en un repertorio de conductas moduladas por componentes subjetivos.

#### Situación del VIH en Centro América

En la encuesta centroamericana de vigilancia del comportamiento, realizada en 2006, la prevalencia del VIH en la población de hombres que tienen sexo con hombres que tienen sexo con hombre fue de 9.9% en trabajadoras sexuales fue 4.6%. Desde 1985 hasta diciembre de 2011 se han registrado 30,026 casos de personas infectadas con VIH, de los cuales 21,561 son casos de infección avanzada por VIH(SIDA) Y 8,465 de VIH.

En el año 2009, el Dr. Idixi Garmendia, realizo un estudio similar en el hospital Gabriel Alvarado denominado” IMPACTO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA EN LA RESPUESTA CLINICA E INMUNOLOGICA EN ENFERMOS DE SIDA ATENDIDOS EN EL CAI DEL HOSPITAL GABRIELA ALVARADO DE DANLI, ENERO 2008 A JUNIO 2009”. Se realizó con 45 pacientes, se reportó una adherencia superior al 80% según los pacientes y de 73% según farmacia.



### **III. JUSTIFICACION**

Debido a que el departamento de El Paraíso, al igual que muchas otras regiones del país, presenta altos niveles de infección por el VIH, a que existe en el Hospital Regional Gabriel Alvarado un grupo de 118 pacientes que son beneficiaron de los tratamientos con retrovirales y a la falta de estudios que reflejen las bondades o debilidades de los mismos, nos vemos obligados a indagar sobre este tema con la finalidad de que las respuestas a nuestras inquietudes generen un plan de intervención

El presente estudio nos permitirá indagar sobre las acciones de la población encuestada, de la Unidad de Salud, conocer las condiciones sociodemográficas de los habitantes de las zonas más afectadas, así como determinar los factores que promueve la no adherencia al tratamiento, así como las acciones que tanto la unidad de salud y la familia aportan a un paciente VIH positivo.

Confiamos que los resultados obtenidos sean de beneficio para los pacientes entrevistados, sus familias, y el personal de salud responsable de este grupo que recibe tratamientos basados en retrovirales; además sirvan de referencia para otras unidades de salud que tiene programas para pacientes que conviven con el VIH.

La intención del trabajo, es identificar en nuestra población, las circunstancias que pueden interferir en la adherencia y darles una solución rápida y adecuada.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál fue la situación de la adherencia al tratamiento con retrovirales en pacientes VIH Seropositivos del Hospital Regional Gabriel Alvarado de la Ciudad de Danlí, departamento, de El Paraíso- Honduras, Enero-Junio 2013?

De la pregunta del estudio se derivan tres interrogantes:

¿Qué características sociodemográficas y culturales tiene la población de estudio?

¿Qué factores están asociados con la adherencia al tratamiento con retrovirales con respecto al régimen terapéutico y al paciente?

¿Qué nivel de influencia tienen los servicios de salud y el entorno familiar del paciente en la adherencia al tratamiento?

## **V. Objetivos.**

Objetivo general:

Analizar la situación de La adherencia a los tratamientos con Anti Retrovirales en Pacientes con VIH, del Hospital Regional “Gabriela Alvarado” de la Ciudad de Danlí, Departamento de El Paraíso, Honduras, de Enero - Mayo de 2013?

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y culturales que tiene la población en estudio.
2. Determinar los aspectos que tienen que ver con la adherencia al tratamiento con antirretrovirales con respecto al régimen terapéutico y al paciente.
3. Valorar la influencia de los servicios de salud y el entorno familiar del paciente en la adherencia al tratamiento con retrovirales para VIH

## VI. MARCO TEÓRICO

Hoy, más de dos décadas de conocido el SIDA, y cuando se han reportado millones de personas infectadas, con complicaciones derivadas de esta. Las estadísticas se presentan sesgadas por la falta de detección a tiempo de la enfermedad, así como a la cantidad de personas que mueren por las complicaciones y no se consigna en los certificados la patología de fondo.<sup>1</sup>

Las personas que han sido afectadas, son de diferentes razas, estado económico, género u orientación sexual. Esta pandemia ha ocasionado una gran preocupación y desafío a la humanidad, dando interés por fortalecer las respuestas nacionales y regionales dirigidas a la prevención y control del VIH/SIDA en los países de la región. De esta forma es que, durante la sesión extraordinaria sobre VIH-SIDA (Washintong, Junio 2001), en presencia de líderes políticos de más de 170 países, se fijan líneas de acción y metas para las naciones congregadas, tales como: Liderazgo, prevención, atención, apoyo tratamiento y derechos humanos. En la prevención se busca asegurar “programas que tomen en cuenta circunstancias locales, así como valores éticos y culturales, que incluyan información, educación y comunicación para reducción del riesgo y que estimulen el comportamiento sexual responsable, lo que abarca la abstinencia y fidelidad, acceso ampliado a suministros, “esfuerzos de reducción del daño relacionado con el uso de drogas, acceso ampliado a los consejos y las pruebas, suministros de sangre segura y tratamiento temprano y eficaz de las infecciones de transmisión sexual.

Al momento, el país ocupa el segundo lugar de todos los casos de la región centroamericana. Desde 1985, cuando se registró el primer caso oficial de SIDA, hasta la fecha se reportaron 30,334 casos de personas infectadas con VIH, de los cuales 15,972 son hombres y 14,362 mujeres.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Rubio R, Miro J GESIDA/plan nacional del Sida, recomendaciones sobre terapia antirretroviral

<sup>2</sup> Departamento de ITS/VIH/SIDA informe Estadístico Mensual octubre de 2004

Casi un 85.1 por ciento de los casos se atribuyen a transmisión heterosexual, un 6.5 por ciento a homosexual-bisexual, un seis por ciento a contagio vertical y un 5.8 por ciento de madre a hijo.

La población más afectada se sitúa en las edades de 25-29 años, con el 67.3 por ciento de los casos. Entre las ciudades con mayor número de casos figuran San Pedro Sula, Tegucigalpa, La Ceiba, El Progreso, Choloma, Choluteca, Tela, Puerto Cortés, La Lima, Comayagua, Villanueva, Trujillo, Danlí, Santa Rosa de Copán, Santa Bárbara y Olanchito.

Las personas que son contagiadas o las personas contagiantes, una vez que experimentan las complicaciones derivadas de la enfermedad, es decir, de infecciones oportunistas, buscan alternativas de tratamiento tales como medicina naturista o medicina folclórica, perdiendo tiempo en acudir a un especialista. Siendo interés regional, nacional y mundial, las investigaciones han sido dirigidas a la búsqueda de un tratamiento con medicamentos que actúen al nivel del virus para lo cual el estudio del virus fue importantísimo. Se realizaron investigaciones que se iniciaron con una droga, llegando al momento actual en el cual se utiliza tratamiento combinado y dan como recomendación: No a la mono terapia este tratamiento, se ofrece como una gran alternativa de mejoraría la calidad de vida de aquellos que viven con VIH – SIDA. Sin embargo, como se mencionó estas personas acuden muy tardíamente a las consultas dando diferentes razones, razones que deben identificarse para el objetivo de lograr una adecuada adherencia.

El personal de los puestos y Centro de Salud comprometidos en la estrategia. es personal entrenado en la distribución de medicamentos, son los factores que harían pensar que el éxito del tratamiento está asegurado. Pero, que tenemos a favor de que el paciente lleve el tratamiento, y este convencido de que sería la mejor opción. Aunque no existe una definición universalmente aceptada, se propone la siguiente para los pacientes con infección de VIH: “Adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control

de TARGA que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación Viral". Por lo tanto, la adherencia incorrecta no es solamente un porcentaje determinado a partir de las dosis de medicación no tomadas. La adherencia corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de realizar el tratamiento en forma correcta, y la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.<sup>3</sup>

### Diagnostico

Una prueba de detección rutinaria para el VIH se basa en la técnica ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*). La sensibilidad y fiabilidad de esta prueba es alta, aunque no del cien por cien. Eso significa que, en caso de un resultado positivo, el diagnóstico debe confirmarse mediante una segunda prueba. Para identificar los anticuerpos como anticuerpos "reales" del VIH, se realiza una segunda prueba en la misma muestra de sangre mediante la técnica "Western Blot". Esta prueba visualiza la reacción de los anticuerpos frente a proteínas estructurales independientes del VIH.

### Monitorización de los Tratamientos anti retrovirales

Las evaluaciones clínicas por el médico especialista durante las primeras semanas, es indispensable para lograr una adecuada adherencia del paciente al tratamiento antirretroviral, en vista de la presencia de efectos secundarios. La frecuencia de controles médicos serán cada 15 días durante los primeros 2 meses, y luego mensualmente. Se consideran exámenes de laboratorio.

- Carga viral : Al inicio y luego a los 3,6 y 12 meses.
- Recuento de linfocitos TCD4: Al inicio y cada 6 meses.

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud Publica Normas de atención del paciente adulto con VIH/SIDA Honduras 2003

La monitorización de la tolerancia y los efectos adversos a los tratamientos antirretrovirales (ARV), deberán realizarse a la segunda y cuarta semana de iniciada la terapia Antirretroviral con la finalidad de hacer los ajustes necesarios y posteriormente, a criterio del médico tratante se tomarán exámenes generales al inicio, cada 2 semanas durante los 2 primeros meses y luego cada 6 meses. Se debe explicar al paciente el riesgo de las complicaciones asociadas a la ARV:

Acidosis Láctica, hepatotoxicidad, Hiperglicemia, alteraciones en la distribución de grasa corporal, dislipidemia, osteonecrosis, osteopenia, osteoporosis, entre otras.

Las reacciones adversas a los medicamentos, serán evaluados y manejadas inicialmente por el establecimiento de origen, si persisten serán referidas al comité de expertos, único nivel que determinara el cambio de tratamiento.

## Tratamiento

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

### 1. Inhibidores Nucleosidos de la Transcriptasa Reversa :

La Transcriptasa Reversa es una enzima del VIH, que al ser inhibida por esta droga, no cumple su función y esto hace más lenta o impide la replicación del virus dentro de las células infectadas.

Esta drogas se pueden tomar antes o después de los alimentos (excepto la Didanosina que debe ser tomado en ayunas).

En general, no interactúan con otras drogas, pues no son metabolizadas por el citocromo p450 del hígado. Todos los Inhibidores Nucleosidos de la Transcriptasa Reversa pueden producir una condición clínica rara pero fatal: Acidosis Láctica y Esteatosis Hepática.

En este grupo se incluyen: Zidovudina, Lamivudina, Estavudina, Didanosina.

## 2. Inhibidor Análogo Nucleótido de la Transcriptasa Reversa:

Tiene el mecanismo de acción similar a la clase anterior inhibiendo a la Transcriptasa Reversa. Que es otra enzima del virus. Hay una sola droga actualmente en esta clase, llamada Tenofovir. Los efectos adversos principales se dan en el riñón.

## 3. Inhibidor no Nucleosido de la Transcriptasa Reversa:

Inhiben a la Transcriptasa Reversa, pero con un mecanismo diferencia pertenecen a esta clase:

Nevirapina: El rash es común tempranamente en el tratamiento y puede ser más severo y más frecuente que entre los otros INNTR. Puede ocurrir Hepatitis Clínica y elevación de las Transaminasas.

-Efavirenz: Los efectos colaterales más comunes son los relacionados al SNC, entre los, más frecuentes: mareos, dolor de cabeza, insomnio y dificultad para Concentrarse. También puede producir rash.

## 4. Inhibidores de Proteasa (IP):

Inhiben a la enzima Proteasa del virus impidiendo la producción de proteínas necesarias para la maduración y replicación del VIH. Pueden causar intolerancia gastrointestinal. En esta clase se encuentran:

Indinavir: La administración debe ser con el estómago vacío. Entre el 10 al 28% de pacientes que toman indinavir, puede presentar cálculos en el riñón con o sin sangre al orinar.

Lopinavir / Vitonavir: Se debe administrar con comidas. Esta droga es generalmente bien tolerada. Los eventos adversos más comunes son gastrointestinales, especialmente diarrea.



Nelfinavir. Debe administrar con comidas. Puede producir diarreas y los efectos adversos relacionados a esta familia, así como osteoporosis,

#### 5. Inhibidores de la Fusión:

Esta es la clase más nueva de Antirretrovirales. La única droga disponible actualmente se llama Enfuvirtide y ha sido estudiada en pacientes que han fallado a esquemas previos, no como terapia de inicio. A diferencia de las otras drogas, esta es de administración subcutánea. La mayoría de los efectos adversos están relacionados a molestias en el sitio de la inyección.<sup>4</sup>

#### Prevención

Practicar abstinencia

- Reducir el número de compañeros sexuales a uno
- Usar siempre condones de látex con lubricante hidrosoluble que contenga el Espermicida nonoxinol 9.
- No utilizar condones usados.
- Evitar la relación sexual anal porque esta práctica suele dañar tejidos
- No ingerir orina o semen
- Evitar la relación sexual con consumidores de drogas inyectadas.
- Practicar sexo no penetrante, como masajes, besos sociales (secos), etc.
- Evitar el embarazo si la mujer o su compañera sexual es positivo al virus de la inmunodeficiencia humana.
- Informar al compañero sexual el estado de seropositividad
- Notificar a compañeros sexuales pasados y presentes el diagnóstico de seropositivo al virus de la inmunodeficiencia humana
- De ser seropositivo al VIH, no tener relaciones sexuales sin protección con otra persona seropositiva al VIH porque la infección cruzada con otra cepa del virus puede agravar la enfermedad.

---

<sup>4</sup> WHO:HIV/AIDS Program antiretroviral Therapy

- No compartir agujas, navajas de rasurar, cepillo de dientes, juguetes sexuales o cualquier otro artículo contaminado con sangre
- Si se es seropositivo al VIH, no donar sangre, plasma, órgano ni semen.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Secretaría de salud de México Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

### 7.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio analítico de factores de riesgo asociados a la adherencia de antirretrovirales. La población de estudio se constituyó por la totalidad de las personas con infección por VIH que se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral por la Secretaria de Salud en el Hospital Regional de Danlí, El Paraíso, Gabriela Alvarado

### 7.2. Población

La totalidad de las personas con infección por VIH (118) que se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral, en el Hospital Regional de Danlí, Gabriela Alvarado.

El presente estudio que investigara acerca de la adherencia de 118 pacientes enfermos de SIDA que son atendidos en el Centro de Atención Integral (CAI), del Hospital Gabriela Alvarado de la Ciudad de Danlí, que son Tratados con terapia antirretroviral de alta eficacia.

**El universo** serán todos los pacientes con serología positiva por VIH y atendidos en el CAI con definición de caso sida y en tratamiento antirretroviral que acuden a la consulta externa para seguimiento de su tratamiento que en la actualidad son un total de 118 pacientes.

**La muestra** será igual al universo 118 pacientes con definición de caso SIDA, y en tratamiento antirretroviral, provenientes del área urbana y rural, mayores de 13 años, que acudan regularmente a las consultas del Centro de Atención Integral. El grupo será seleccionado en base a los criterios de conveniencia antes mencionados, los usuarios seleccionados corresponden al Hospital Gabriela Alvarado, Esta unidad de análisis es un Hospital Regional que cuenta con un Centro de Atención Integral.

**La unidad de observación** son los usuarios con tratamiento antirretroviral que acuden a la consulta externa del Centro de atención integral.

## VARIABLES

De acuerdo a los objetivos se plantearon las siguientes variables.

1. Describir las características socios demográficos y culturales que tiene la población en estudio

- Edad
- Procedencia
- Escolaridad
- Sexo
- Estado civil
- hábitos
- Ocupación

2. Determinar los factores que están asociados con la adherencia al tratamiento con retrovirales con respecto al régimen terapéutico y al paciente.

- Enfermedades previas
- Tiempo tardó en tomar ARV desde el diagnóstico
- Tiempo de recibir ARV
- Conducta depresiva
- Dejó de tomar medicamento
- Razones por las que suspendió el tratamiento
- Toma medicamento considerando la asociación medicamento-alimento

3. Valorar la influencia de los servicios de salud y el entorno familiar del paciente en la adherencia al tratamiento con retrovirales para VIH.

- Acceso a los ARV
- Conoce sus niveles de CD4
- Recibe el tratamiento en un lugar privado
- Trato hacia el paciente por personal de salud
- Conocimiento de los niveles de CD4
- Recibió información sobre la enfermedad
- Quiénes conocen su enfermedad
- Apoyo recibido
- Se ha sentido rechazado

## Diseño y validación de instrumentos de recolección de datos

Se diseñó un instrumento de recolección de datos (Cuestionario) a partir de los objetivos específicos y la matriz de variables descriptores; una vez elaborado se procedió a su validación haciendo una revisión de cómo se han tratado las diferentes variables por otros investigadores, consultando a profesionales familiarizados con el tema para saber si el planteamiento de las preguntas es el adecuado de acuerdo con los objetivos, una vez revisado aplicarlo a un grupo de individuos con similares características que la población en estudio. (17)

## Plan de recolección de datos

La técnica empleada es la Entrevista al paciente de manera anónima, haciendo uso del instrumento Cuestionario, denominado “cuestionario para determinar Adherencia al tratamiento con antirretrovirales”.

El procesamiento, levantamiento y Análisis de Información se ejecutó a través del Software Estadístico SPSS vs 18.0

## Plan de análisis

Los datos se colocaron en la base de datos SPSS para su análisis estadístico y elaboración de gráficos, tablas.

## Control de sesgos

El control de los sesgos se llevó a cabo mediante:

- Revisión del instrumento de recolección de datos
- Validación de dicho instrumento
- Definición adecuada de los objetivos
- Realizar la entrevista de la mejor manera posible manteniendo motivado al entrevistado.
- Detectando incoherencias en las respuestas
- Buscando asesoría para la correcta interpretación de los resultados.

Consideraciones éticas Previo a la aplicación del Instrumento, el paciente recibió una explicación breve pero con contenido significativo sobre los objetivos y propósito del presente estudio de investigación.

Asimismo, se les informo sobre la confiabilidad de los datos obtenidos; los cuales, serán sólo y exclusivamente para fines de la presente investigación.

## VIII. DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS:

### Características socio-demográficas

Tabla 1. muestra la distribución por grupos de edad pacientes VIH-sida CAI Danlí. Los grupos de edad comprendidos entre los 20 y 49 años representan el grupo etario más afectados en un 77.1%, siendo una población económicamente activa. Un 8.5%(n=10) entre los 13 a 19 años y un 2.5(n=3) entre 60 a 69 años.

Se estudió una población de 118 enfermos con SIDA tratados con terapia antirretroviral, el sexo femenino predominó en 59.9%(n=66), y el sexo masculino con 41.1%(n=52), siendo la razón Mujer: Hombre 1.7:1.

En la tabla 1 se mostraron la Distribución por grupos de edad:

La procedencia de los pacientes que asisten al CAI, el 56.8% (n=67) son del área urbana; un 41.5 (n=49) pertenecen al área rural y un 1.7 (n=2) al área urbano marginal.

El estado civil que predomina en este grupo son los solteros con un 56.8%; un 28% (n=33) para los amachinados; un 9.3% (n=11) ; 5.1% (n=6) son casados; y el 0.8% (n=1) divorciado.

Consumo de drogas, sabiendo que un paciente que se administra un tratamiento por ARV, quisimos indagar sobre algunos de sus hábitos: el 75.4% (n=89) dicen tomar café, un 3.4% (n=4) consumen tabaco e igual porcentaje consume alcohol, y 17.8% (n=21) no consume ningún tipo de drogas

Nivel de instrucción; El índice de analfabetismo que se encontró es de un 11.9 % (n=14) , el 88.1 % de la población es alfabeto con los siguientes niveles educativos:

- a) Primaria incompleta 23.77% (n=28)
- b) Primaria completa 54.2% (n=64)
- c) Secundaria incompletas 6.8 % (n= 8)
- d) Secundaria completa 3.4 %(n=4)

Ocupación: un 53.4% (n=63) no trabajan ; el 35.6% (n=42) trabajan en casa; un 8.5% (n=10) son obreros con salarios que oscilan entre L4000 a L10,000 ; el 1.7 % (n=2) son obreros con sueldos de L 6000 y el 0.8% (n=1) independiente con un sueldo entre L 10,000 a 15,000

Enfermedades previas, son muchas las enfermedades que padecen las personas que reciben asistencia del CAI: Un 27.1%.%(n=32); de los participantes dice haber padecido candidiasis bucofaríngea; un 17.8%(n=21) presentaba pérdida de peso y fiebres; el 15.3(n=18) dice no haber padecido ninguna enfermedad previa al diagnóstico por VIH, las diarreas un 14.4%(n=17); Herpes 9.3%(n=11); 7.6%(n=9) presento tuberculosis; un 4.2%(n=5); candidiasis vulvo vaginal; y un 4.2%(n=5) condilomatosis.

Tiempo que toma tratamiento posterior al diagnóstico: el 84.7%(n=100) tomo el medicamento inmediatamente posterior al diagnóstico; el 5.9%(n=7) tomo el medicamento entre 10 a 30 días posteriores al diagnóstico; 5.9%(n=7) tomo medicamento de 1 a 6 meses; 1.7%(n=2) tomo el medicamento entre 6 meses a 1 año posterior; y un 1.7%(n=2) tomo medicamento después de un año de habersele diagnosticado por VIH.

Porque tomaron medicamento 10 días o más al diagnóstico; el 2.5%(n=3) tuvieron de manera independiente las siguientes, por motivos económicos razones: por no aceptar su condiciones; por depresión; un 1.7%(n=2) de manera independiente para las siguientes razones: tenia normal el CD4; el 0.8%(n=1) de manera independiente para cada una de las razones siguientes: (por tratamiento por Tuberculosis, por temor a la discriminación, era limitado el acceso, por tomar otros medicamentos, no sabían que había tratamiento, no quería tomar ARV, por no tolerar el tratamiento, por falta de dinero.

Tiempo de recibir tratamiento: El 34.7% (n=41) de la población encuestada tiene entre 1 a 2 años de recibir tratamiento; un 31.4%(n=37) de 3 a 4 años; el 20.3%(n=24) más de 4 años y un 13.6%(n=16) entre 6 meses y menos de 1 un año.

Se siente triste: cuando indagamos acerca del estado emocional de los pacientes: un 61.9%(73) dice que en ninguna ocasión se sienten tristes; un 30.5%(n=36) algunas veces se sienten tristes; el 6.8%(n=8) más de la mitad de las veces se sienten tristes y el 0.8%(N=1) dice sentirse triste aproximadamente la mitad de las veces.

Al preguntar si superaron emocionalmente la enfermedad un 51%(n=60) de los participantes responden que sí; mientras que un 49%(58) dice que no

Dejaron de tomar los medicamentos, un 75.4%(n=89) dice que no y un 24.6%(n=29) dice que si han dejado de tomar eventualmente los tratamientos

Porque dejaron el tratamiento un 82.8%(n=24) de los que dejaron de tomarlo dicen que lo dejan debido a muchos efectos adversos de los medicamentos, el 13.8%(n=4) dicen que altera su rutina diaria de vida y un 0.8%(n=1) dicen que son muchos los medicamentos que toman.

Toma los medicamentos a tiempo un 89.8%(n=106) dice que siempre, un 8.5%(n=10) dice que más de la mitad de las veces y un 1.7%(n=29) dice que lo toma a tiempo menos de la mitad de las veces.

El 99% de los participantes manifiestan que el acceso a los ARV es fácil.

Los niveles de CD4 iniciales un 52.5%(62) tenía valores menores de 100 células; un 38.1%(n=45) con niveles entre 100 a 200 células y un 9.3%(n=11) tenía valores de mayor a las 200 células.



Los niveles de CD4 actuales un 41.5%(N=49) con valores entre 200 a 400 células; un 34.7%(n=41) con valores entre 400 a 600 células; un 12.7%(n=15) tienen niveles celulares entre 100 a 200 células un 11%(n=13) con valores superiores a las 600 células.

El 96% de los beneficiarios del CAI, manifiesta recibir su tratamiento en privado .

Quienes conocen de su enfermedad: El 26.3%(n=31) de las parejas; el 85.6%(n=101) de la familia; el 11.9%(n=14) de los amigos; el 10.2%(n=12) de los grupos de ayuda y existe un 4.2%(n=59) que conocen de su enfermedad, solo el personal del CAI.

El 94% de los participantes dice tener apoyo en su situación de salud

Un 31% de los participantes dice haberse sentido marginado

#### MORTALIDAD:

En lo que lleva el estudio de enero a junio de 2013, han ingresado nuevos pacientes y 6 pacientes han muerto

## **IX ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

La tabla N° 1 nos muestra que el 77.1% de las personas que reciben los tratamientos antirretrovirales lo conforman individuos de la población económicamente activa; lo cual es de suma importancia por el impacto que esta condición ocasiona en la economía familiar, así como en la economía del país.

En la gráfica N° 2 se muestra un predominio a recibir tratamiento del sexo femenino con un 59.9%(n=66) con relación al sexo masculino. Lo cual podría deberse a que la mayoría de los programas de nuestro sistema de salud están orientados principalmente hacia la atención materno – infantil, excluyendo de alguna manera a la población masculina.

En la Tabla N° 3 observamos un predominio en los individuos 56.8% (n=67), de la población urbana sobre la población rural y urbano marginal, lo cual puede estar asociado con la cercanía del CAI, a las ciudades de Danlí y El Paraíso, las cuales se constituyen en los polos de desarrollo y por ende las zonas mayormente pobladas en el departamento de El Paraíso.

La tabla N°4 muestra que aproximadamente el 56.8%(n=67) de las personas que reciben ARV, son solteras, lo cual se constituye en una amenaza, si estos individuos no toman conciencia de su situación debido a la alta inestabilidad emocional y muchas parejas sexuales que estos puedan tener.

Con respecto a las drogas una vez que inician el tratamiento y debido a que el mismo no permite el consumo de ningún tipo de droga; es quizá por esta razón que prácticamente los individuos entrevistados no consumen ninguna droga y tiene como hábitos básicamente: un 76%(n=79) el consumo de café, un 18% dice no tener en absoluto ningún vicio y solo un 3% dicen consumir tabaco y alcohol.

El nivel de instrucción de la población que recibe atención del CAI, es muy bajo el 54.2% (n=64); el 11.9 % (n=14) son analfabetas, solamente un 3.4 % (n=4) cursa la educación secundaria. Lo anterior plantea el problema que si estas personas no tienen el apoyo de sus familiares o de aquellas personas con quienes conviven ,

podrían tener problemas al momento de tomar los medicamentos al confundirlos o no tomar la dosis adecuada de los mismos.

Com respecto a su ocupación el 53.4% (n=63) no trabajan este dato es preocupante si consideramos que el 77.1% de estos individuos pertenecen al grupo de edad que representa la población económicamente activa. Por lo cual se convierten en una carga para sus familias o sus parejas.

Son muchas las enfermedades previas que estos pacientes sufren de manera particular aquellas donde intervienen microorganismos oportunistas como los hongos o bacterias tales como Mycobacterium es así que las candidiasis bucofaríngeas y vulvo vaginal representan el 31.3%(n=37); un 14.4%(n=17) presento diarreas y un 7.6%(n=9) de los entrevistados padeció tuberculosis.

El 84.7%(n=100) de los pacientes tomo los medicamentos inmediatamente después al diagnóstico siempre y cuando sus niveles de CD4 fueran bajos o que presentaran algún tipo de patologías y en los casos en que dejaron pasar el tiempo antes de iniciar su tratamiento tenía con que no tenían dinero para movilizarse al centro hospitalario, que estaban deprimidos o por ser discriminados. En cuanto al tiempo que tienen los pacientes de tomar tratamientos ARV solo el 20.3%(n=24) lleva mas de 4 años recibiendo el tratamiento a pesar de que el CAI inicio su funcionamiento desde el año 2006.

Del estado emocional de estos pacientes el 61.9%(73) dicen que en ninguna ocasión se han sentido tristes el además el 51%(n=60) dice haber superado emocionalmente esta enfermedad, lo que aducimos es que están más tranquilos que al inicio del diagnóstico y de alguna manera están aceptando convivir con el problema y no que necesariamente hayan superado el mismo, lo cual confrontaremos más adelante con otras interrogantes.

La tabla N° 9 nos muestra que un 75.4%(n=89) de los pacientes dicen nunca haber abandonados el tratamiento y de aquellos que lo hicieron el **82.8%(n=24)**

dicen que lo dejan debido a muchos efectos adversos de los medicamentos, el 13.8%(n=4) dicen que altera su rutina diaria de vida y un 0.8%(n=1) dicen que son muchos los medicamentos que toman.

El 89.8%(n=106) de los pacientes dice tomar los medicamentos a tiempo y además dicen y aplican el hecho de ingerir los alimentos una vez que han comido, el 99%(n=116) plantea que el acceso a los ARV es fácil

De los niveles de CD4 los pacientes están muy pendientes de este dato y recuerdan con facilidad el valor de su último recuento. De los niveles de CD4 iniciales el 52.5%(62) de los pacientes tenía valores inferiores a 100 células/mm<sup>3</sup>. En suma el 90.5% de los pacientes tenían valores iniciales inferiores a las 200 células por mm<sup>3</sup> lo cual los convertía en candidatos idóneos para inicial los ARV; sumado algunas enfermedades clínicas que ellos venían padeciendo previo al ingreso del CAI.

De los valores actuales de CD<sub>4</sub> el 41.5%(N=49) tiene valores entre 200 a 400 células/mm<sup>3</sup> en suma actualmente 87% de los pacientes que reciben tratamientos proporcionados por el CAI tiene conteos superiores a las 200 células por mm<sup>3</sup>.

El 96% de los beneficiarios del CAI, manifiesta recibir su tratamiento en privado; la atención que les brinda el personal de salud que les atiende es de buena calidad, donde se les da información completa acerca de su enfermedad y además les escuchan los problemas que los pacientes plantean.

Cuando preguntamos a los pacientes quienes conocen su enfermedad que es la familia 85.6%(n=101) y sus parejas 26.3%(n=31) quienes más están enterados de su enfermedad; muy poco saben sus amigos 11.9%(n=14) y el 10.2%(n=12) de los grupos de ayuda muy a pesar que el 61.9%(73) dicen que en ninguna ocasión se han sentido tristes el además el 51% decía que había superado la enfermedad . Lo anterior es normal en sociedades como las nuestras donde debido a nuestra cultura, muchas cosas se convierten en tabú y tendemos a satanizar algunas cosas, por todo lo anterior un enfermo de SIDA podría representar para algunos; lo que fue un leproso en la época en que vivió nuestro señor Jesucristo o la viruela en la época antigua.

## **X CONCLUSIONES**

10.1 Las características socio demográficas y culturales de los pacientes que participaron en el presente estudio se caracterizan por baja escolaridad, desempleo, pocas expectativas de vida, y llevan a este grupo poblacional a situaciones de marginalidad mucho más agudas que las de aquellos conciudadanos que a pesar de su estado de pobreza, no sufren los efectos tan estigmatizantes de una enfermedad como el SIDA.

10.2 Tomando en consideración los datos de farmacia (6% abandonan tratamiento; 75% de los pacientes dicen no abandonar su tratamiento y tomarlos de manera correcta y la recuperación en conteos celulares iniciales y después 6 meses o un año de tratamiento que superan en los valores iniciales bajos. A pesar de las discrepancias entre los mismos, podemos concluir que estos pacientes son adherentes a los ARV.

10.3 Queda evidenciado el tratamiento oportuno, el manejo, la influencia de la atención por parte del personal del CAI, el grado de conciencia por parte del paciente, así como el apoyo recibido tanto por sus familias o como por aquellas personas que conviven con estos individuos, contribuyen con el éxito de la adherencia al tratamiento.

## **XI RECOMENDACIONES**

Debido a que nuestro país ocupa el primer lugar en el número de casos reportados por VIH a nivel centroamericano hacemos algunas recomendaciones a los diferentes grupos involucrados:

### **A La Secretaria de Salud Pública**

De acuerdo a lo anteriormente expuesto puede afirmarse que hace falta mucho trabajo por parte de las autoridades de salud, en conjunto con otras secretarías, cooperantes externos, asociaciones público privadas; a fin de contribuir en la creación de empleos que les permita tener algún ingreso y mejorar con ello no solo su autoestima sino también sus condiciones y estilos de vida

### **A Personal del CAI del Hospital Gabriela Alvarado**

Trabajar en la implementación de los grupos de apoyo integrando en el mismo Psicólogos, Psiquiatras, Trabajadores Sociales así como todo aquel personal a fin y que quiera trabajar con los pacientes que participan de este programa y que por diversas razones se encuentran marginados

### **A La Población en General**

Que ante el repunte de los casos de VIH/SIDA no olviden las medidas de prevención, ampliamente difundidas, y a los que ya padecen la enfermedad que no duden en buscar ayuda en estos centros que de acuerdo a este estudio cumplen con su función; siempre y cuando el paciente este en la disposición de llevar el tratamiento.

## **XII BIBLIOGRAFÍA**

Rafael Rubio, Juan Berenguer, José M. Miro, et al. GESIDA/Plan Nacional del SIDA: recomendaciones sobre terapia antirretroviral en adultos con Infección VIH en el año 2002. *EnfermInfeccion MicrobiolClinic* 2002; 20: 244-303.

DeJesus E, Herrera G, Teófilo E, Gerstoff J, Beltrán C, David J, et al. Abacavir versus zidovudine combined with lamivudine and efavirenz, for the treatment of antiretroviral – naïve HIV – infected adults. *ClinInfectDis.* 2004; 39: 1038 – 46

Cortés C, Beltrán C, Muñoz R, Daube E, Wolff M por el grupo SIDA Chile: Impacto de la inmunodepresión basal y su grado de recuperación al año de terapia antirretroviral en sobrevida, complicaciones oportunistas y reacción de recuperación inmune. *RevMed Chile* 2008; 136: 1503 – 1510.

Ministerio de Salud Chile. Comisión Nacional del SIDA y Grupo SIDA Chile Evaluación de impacto del programa de acceso expandido a tratamiento antirretroviral. Cohorte chilena de SIDA. Diciembre 2007 publicado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud

Secretaria de salud de los Estados Unidos Mexicanos. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevencion y control de la infeccion por virus de la inmunodeficiencia humana. Mexico: Comité Consultivo Nacional de Normalizacion de Servicios de salud, Diario oficial de la Federacion; 1993.

Panel on Antiretroviral Guidelines for Adult and Adolescents.Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents.Department of Health and Human Services. January 29, 2008; 1-128.

WHO: HIV/AIDS program. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach. WHO/HTM/HIV, Geneva, Switzerland.2006 rev; 13-16.

Barlett J, Gallant J. Medical management of HIV infection. 2001-2002 edition

Abramowicz M, et al. Drugs for HIV infection. *The medical letter* 2000; 42: 1-6

Lalezari J, et al. Enfuvirtide, an HIV-1 fusion inhibitor for drug resistant in HIV infection in North and South America. *NEJM* 2003; 348 (22): 2175-2180

Ministerio de Salud Pública. Normas de Atención Clínica del paciente adulto con VIH/SIDA. Tegucigalpa, Honduras, 2003.

Departamento de ITS/VIH/SIDA. Informe Estadístico Mensual de la Situación de VIH/SIDA en Honduras Período 1985-Octubre 2004.

Panel on Clinical Practices for treatment of HIV infection convened by the Department of Health and Human Services.Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1 Infected Adults and Adolescents.Publicación en línea.2005.

# ANEXOS



## Anexo 1

### Operalización de las Variables

#### Para el Objetivo Especifico 1: Características Sociodemográficas

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Caracterizar Demográficamente La población de Estudio	Edad	Tiempo en años a partir del nacimiento	Menor 20 20 a 30 años 40 a 50 a los Más de 50	Ordinal
	Sexo	Preferencia sexual de la persona	Masculino Femenino	Nominal
	Procedencia	Lugar donde Vive una persona	Urbana Urbano-marginal Rural	Nominal
	Estado Civil	situación de las personas determinadas por sus relaciones de pareja	Soltero Casado Divorciado Amachinado Viudo	Nominal
	Hábitos que usted practica	Aquellas prácticas que realiza en el transcurso de la vida	Café Alcohol Tabaco Ninguno	Nominal

**Para el Objetivo Específico n°1:**

Factores Características Sociodemográficas Culturales y antecedentes del Paciente

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Caracterizar Demográficamente La población de Estudio	Escolaridad	grado de conocimiento adquirido por el individuo	Analfabeto Primaria- completa Primaria-incompleta Secundaria-completa Secundaria-incompleta Superior-completa Superior-incompleta	Nominal
	Ocupación	Conjunto de funciones desempeña un individuo	Empleado con ingresos: De L 6000, Independiente de 10000 a 15000, Obrero de 4000 a 6000, trabaja en casa mayor de 3000, No trabaja	Ordinal

## Para el Objetivo Especifico N° 2

Factores Asociados con la adherencia al tratamiento con retrovirales

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Factores asociados a la adherencia al tratamiento con retrovirales	Enfermedades previas al contagio por VIH	Padecimiento de patologías previas al diagnóstico por VIH o no	si Si padecía. Cual enfermedad?	Nominal
	Tiempo que toma tratamiento ARV desde el diagnostico	Momento en que inicia el tratamiento ARV desde que se le diagnostico como VIH positivo	10 a 30 días 1 a 6 meses 6 meses a 1 año Más de i año	Ordinal
	Cuanto tiempo tiempo tiene recibiendo ARV	Se refiere al periodo tiempo que lleva recibiendo ARV	Más de 6 meses y menos de i año De 1 a 2 años De 3 a 4 años Más de 4 años	Ordinal
	Siente que no vale la pena vivir	Persona angustiada con pensamientos suicidas	Si No	Nominal
	Se siente triste o deprimido	Mal estado de animo	Sí, siempre Regularmente Algunas veces Nunca	Nominal
	Supero emocionalmente la enfermedad	Influencia positiva respecto a la enfermedad	Si No	Nominal

## Para el Objetivo Especifico N° 2

Factores Asociados con la adherencia al tratamiento con retrovirales

OBJETIVO ESPECIFI	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
Factores asociados a la adherencia al tratamiento con retrovira	Dejo de tomar el tratamiento alguna vez	Periodo de interrupción de la toma del medicamento	Si No	Nominal
	Por qué dejo de tomar medicamento	Razones por las que suspendió el tratamiento	Toma mucho medicamento, Toma muy frecuente de tx, muchos efectos adversos, altera su rutina de vida	Nominal
	Efectos secundarios	Efectos adversos que presenta el paciente al tomar tratamiento	Ninguno De 1-3 De 4-6 Más de 6	Ordinal
	Rigidez en los horarios	Dificultad para tomar el medicamento a la hora indicada	Fácil Difícil Ni fácil ni difícil	Nominal
	Si dejo de tomar medicamento , por cuanto tiempo	Tiempo en días durante los cuales no tomo medicamento	Menos de un día un día, Dos días 1 o más días	Nominal
	Toma medicación con alimentos	Ingerir alimentos ante de tomar medicamentos	si no	Nominal
	Cumple requisitos alimentarios al tomar medicamento	Cumplimiento de normas relacionadas con alimentos y toma de los mismos	si no motivos para el no	Nominal

### Para el Objetivo Especifico N° 3

Influencia de los servicios de salud y el entorno familiar

Objetivos específico	variables	Definición operacional	valores	Escala de medición
Influencia de los servicios de salud y el entorno familiar	Acceso al tratamiento por ARV	Facilidad para poder recibir los ARV	Si No	Nominal
	Conoce sus niveles de CD4		Si No	Nominal
	Privacidad al recibir tratamiento	Existe privacidad al momento de recibir su tratamiento	Si No explique	Nominal
	Trato recibido por parte del personal de salud	Tipo de atención que brindan los empleados del hospital	Bueno Regular Malo No opina	Nominal
	Se le explico sobre su enfermedad	El lenguaje empleado es fácil de entender	Regular No No opina	Nominal
	Información brindada por personal de salud	Calidad de información brindada por el personal	Completa Incompleta No opina	Nominal
	Consideraron sus necesidades	El personal escucho acerca de sus necesidades y problemas	Si No	

**Para el Objetivo Especifico N° 3**

Influencia de los servicios de salud y el entorno familiar

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
	Quienes conocen su enfermedad	Familiares o amigos que saben que está enfermo	Solo usted Su pareja Familia Amigos Compañeros de trabajo, Grupos de ayuda; otros/ quienes	Nominal  Nominal
	Grado de apoyo de quienes conocen de su enfermedad	Cooperación que recibe de quienes lo conocen y saben de su enfermedad	Si No	Nominal
	Marginamiento por enfermedad	Abandono que sufre por quienes saben que enfermo por VIH	Si No	Nominal

**Anexo 2 Instrumento de recolección de datos**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE LA SALUD**

**HOSPITAL REGIONAL DE ORIENTE GABRIELA ALVARADO:**

Estimado paciente la presente encuesta tiene como objetivo: Obtener información sobre los aspectos y /o factores asociados a la adherencia al TARGA; para la mejora en el tratamiento que usted recibe. La encuesta es anónima y de estricta confidencialidad.

**HOJA DE CONTROL DE DATOS**

Fecha de la Entrevista

Día                      Mes                      Año

N° de la Encuesta                      N°

**Parte I. Aspectos generales del Encuestado**

- |                              |                      |    |   |                  |
|------------------------------|----------------------|----|---|------------------|
| 1. ¿Cuál es su Edad en años? | <input type="text"/> | 2. | F | ¿Sexo?           |
| 3. Procedencia:              |                      |    | M |                  |
|                              | Urbano               |    | 1 |                  |
|                              | Rural                |    | 2 |                  |
|                              | Urbano Marginal      |    | 3 |                  |
| 4. ¿Cuál es                  |                      |    |   | su estado civil? |
|                              | Soltero              |    | 1 |                  |
|                              | Casado               |    | 2 |                  |
|                              | Divorciado           |    | 3 |                  |
|                              | Amachinado           |    | 4 |                  |
|                              | Viudo                |    | 5 |                  |

5. Si tiene hábitos nocivos de consumo?

- |         |   |
|---------|---|
| Café    | 1 |
| Alcohol | 2 |
| Drogas  | 3 |
| Tabaco  | 4 |
| Ninguna | 5 |

6. ¿Cuál es el grado de instrucción:

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| Analfabeto            | 1 |
| Primaria completa     | 2 |
| Primaria incompleta   | 3 |
| Secundaria completa   | 4 |
| Secundaria incompleta | 5 |
| Superior completa     | 6 |
| Superior incompleta   | 7 |

7. ¿Cuál es su ocupación?

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| Empleado mayor L 6000          | 1 |
| Independiente L10,000 a 15,000 | 2 |
| Obrero L 4,000 a 10,000        | 3 |
| Su casa mayor de 3000          | 4 |
| No trabaja                     | 5 |

## II. Aspectos Asociados con la adherencia

8. Sufría alguna enfermedad, antes de ser diagnosticado con VIH/SID

Si 1

No 2

Si su respuesta es Sí, que enfermedad? \_\_\_\_\_



9. ¿Cuánto tiempo después de haber sido diagnosticado con VIH/SIDA, acudió por tratamiento antirretroviral?

Inmediatamente	1	Si su respuesta es 10 días o más, porque demoro en acudir
De 10 a 30 días	2	
De 1 a 6 meses	3	_____
De 6 meses a 1 año	4	10. Cuantos meses lleva recibiendo ARV?
Más de 1 año	5	

Más de 6 meses y menos de 1 año	1
De 1 a 2 años	2
De 3 a 4 años	3
> de 4 años	4

11. Siente usted que no vale la pena Vivir?

- Si 1
- No 2

12. Si alguna vez se ha sentido triste o deprimido ¿Ha dejado de tomar la medicina?

Sí, siempre	1
Más de la mitad de las veces	2
Aproximadamente la mitad de las veces	3
Alguna vez	4
En ninguna ocasión	5

13. Siente usted que supero emocionalmente la enfermedad?

- Si 1
- No 2

14. ¿Durante el tratamiento usted dejó de tomar la medicación en alguna ocasión

Si 1

No 2

Si su respuesta es Sí, porque dejó de tomarla?

Son muchos los medicamentos que tomo 1

La toma de los medicamentos es muy frecuente 2

Muchos efectos adversos de los medicamentos 3

Altera mi rutina diaria de la vida 4

Si su respuesta es Sí, cuanto tiempo dejó de tomarla?

< de 24 horas 1

1 día 2

2 días 3

3 o más días 4

16. ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta?

Sí, siempre 1

Más de la mitad de las veces 2

Menos de la mitad de las veces 3

En ninguna ocasión 4

17. ¿Sabe usted que la medicación se debe tomar con alimentos?

Si 1

No 2

Si la respuesta es sí, usted los cumple?

Si 1

No 2

Parte III Aspectos Relacionados al Equipo asistencial

18 ¿Considera usted, que es fácil acceder y recibir atención del programa

ARV?

Si 1

No 2

19. Conoce sus niveles de CD4

Si 1

No 2

Valor CD4 Iniciales ? \_\_\_\_\_

Valor de su último control? \_\_\_\_\_

20. Cuando llega a recibir el tratamiento es en privado?

Si 1

No 2

Si la respuesta es si, como lo hacen? \_\_\_\_\_

21. En términos generales, el trato que recibió por parte del equipo de salud que atiende el programa ARV

Bueno 1

Regular 2

Malo 3

No opina 4

22. ¿El personal de salud que le atendió le explico con palabra fáciles de entender acerca de su enfermedad?

si 1 No 2 No opina 3

Si la respuesta fue No, porque? \_\_\_\_\_

23. ¿Usted cree que la información proporcionada por el personal de salud fue?

completa 1 Incompleta 2 No opina 3

24. Durante la consulta, ¿Fue escuchado con atención al exponer sus necesidades, problemas o requerimientos?

si 1 No 2 No opina 3

Si la respuesta fue No, porque? \_\_\_\_\_

25. Quien(es), tienen conocimiento de su Enfermedad VIH/SIDA

Solo usted	1
Su pareja	2
Familia	3
Amigos	4
Compañeros de Trabajo	5
Grupos de ayuda mutua	6
Otros	7

Si su respuesta es otros, ¿Cual(es)? \_\_\_\_\_

26. ¿La(s) persona(s) que conocen de su enfermedad lo apoyan?

Si 1

No 2

29. ¿Usted fue marginado(a) alguna vez a causa de su enfermedad?

Si 1

No 2

## ANEXO 3

# TABLAS Y GRAFICOS

### Para el Objetivos N°1

Grupo  
Tabla N° 1 Etario

Grupo Etario

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 13 - 19	10	8.5
20 - 29	24	20.3
30 - 39	34	28.8
40 - 49	33	28.0
50 - 59	14	11.9
60 - 69	3	2.5
Total	118	100.0

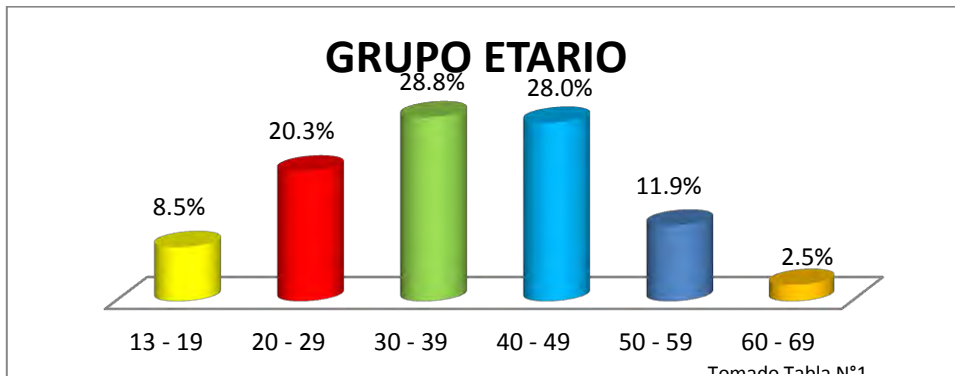


Tabla N° 2 Sexo

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	masculino	52	44.1
	femenino	66	55.9
	Total	118	100.0

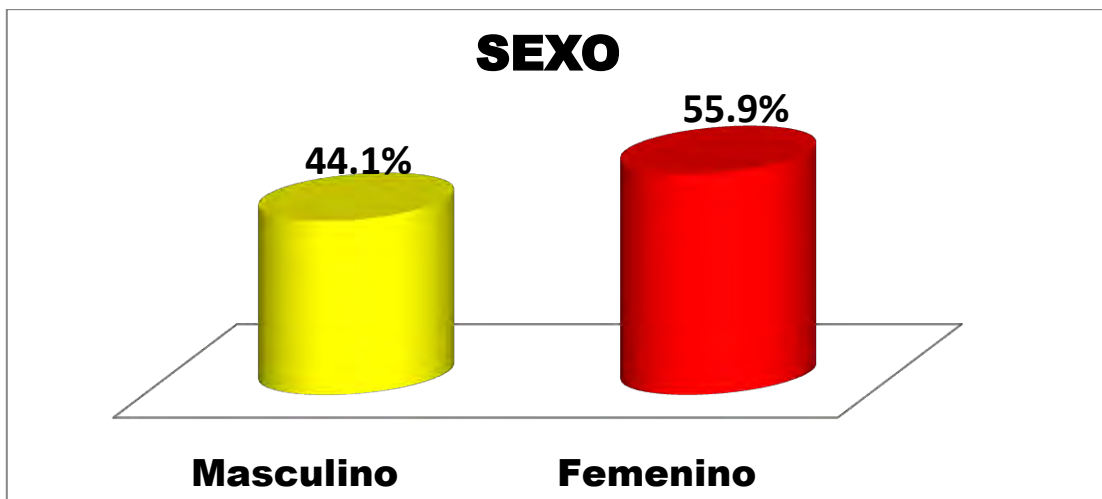


Tabla N° 3 Procedencia

**Procedencia**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Urbano	67	56.8
	Rural	49	41.5
	Urbano marginal	2	1.7
	Total	118	100.0

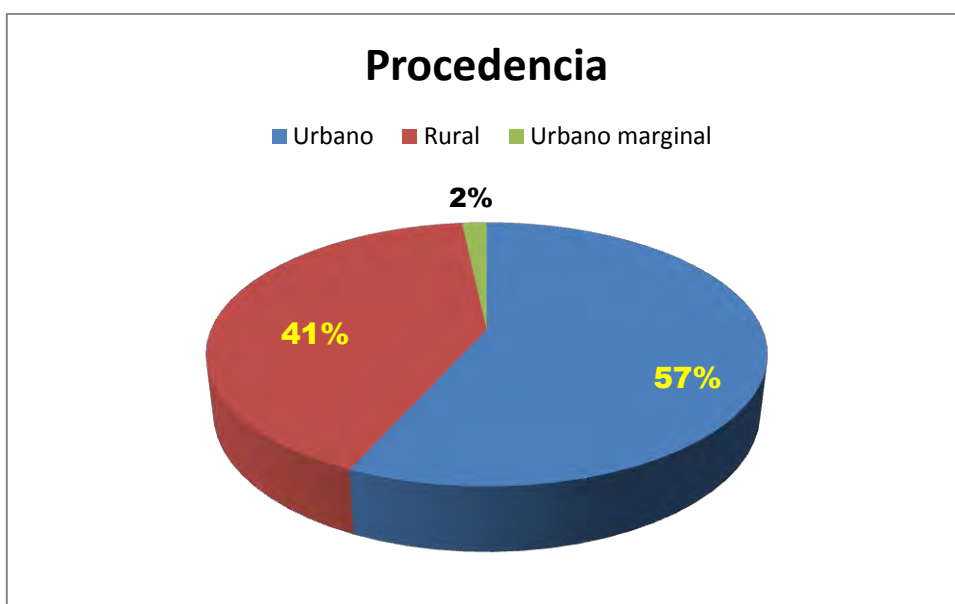


Tabla N° 4 estado Civil

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Soltero	67	56.8
	Casado	6	5.1
	Divorciado	1	.8
	Amachinado	33	28.0
	Viudo	11	9.3
	Total	118	100.0

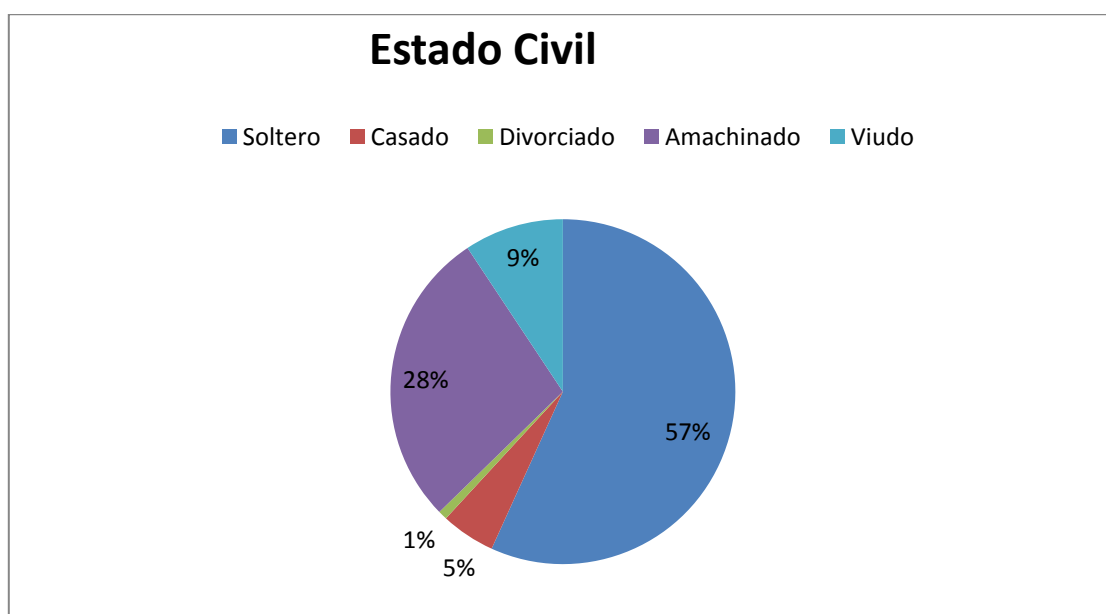




Tabla N°5 Consumo de Drogas

Drogas	Frecuencia	Porcentaje
Café	89	75.4
Tabaco	4	3.4
Alcohol	4	3.4
Drogas	0	.0
Ninguno	21	17.8

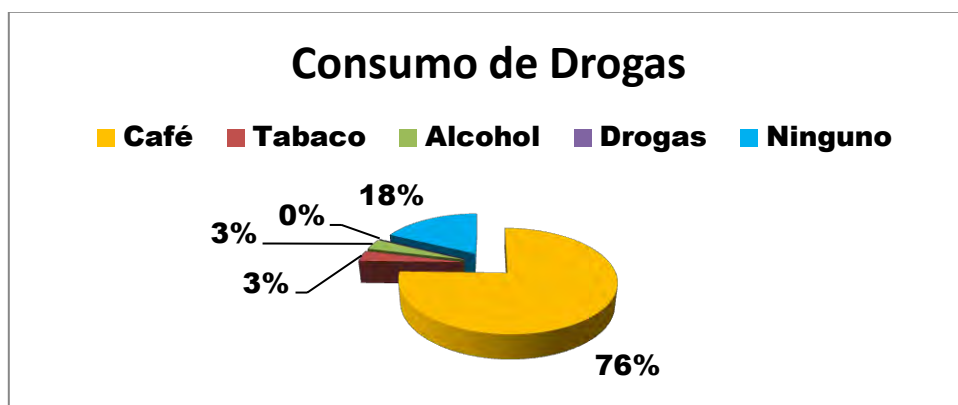


Tabla N| 6 Nivel de Instrucción

Nivel de Instrucción

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Analfabeto	14	11.9
	Primaria completa	64	54.2
	primaria incompleta	28	23.7
	Secundaria completa	8	6.8
	Secundaria incompleta	4	3.4
	Total	118	100.0

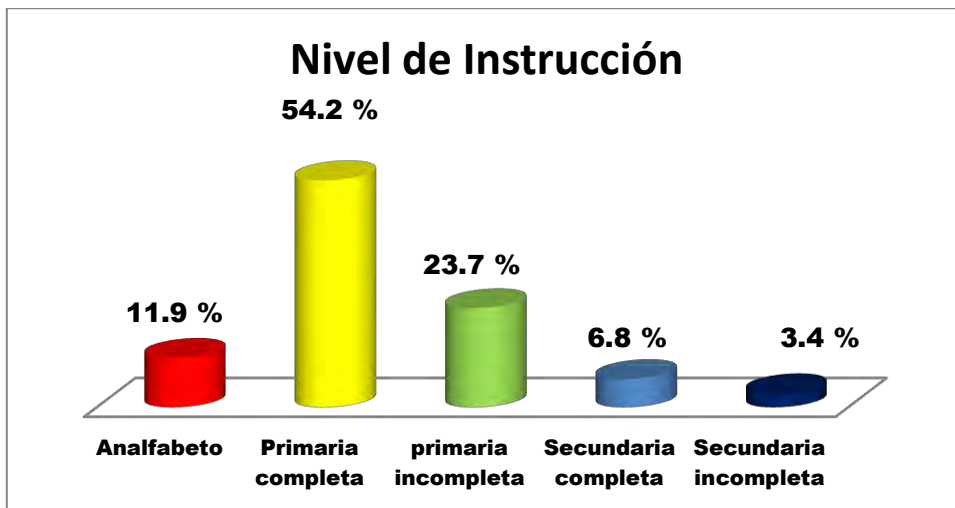
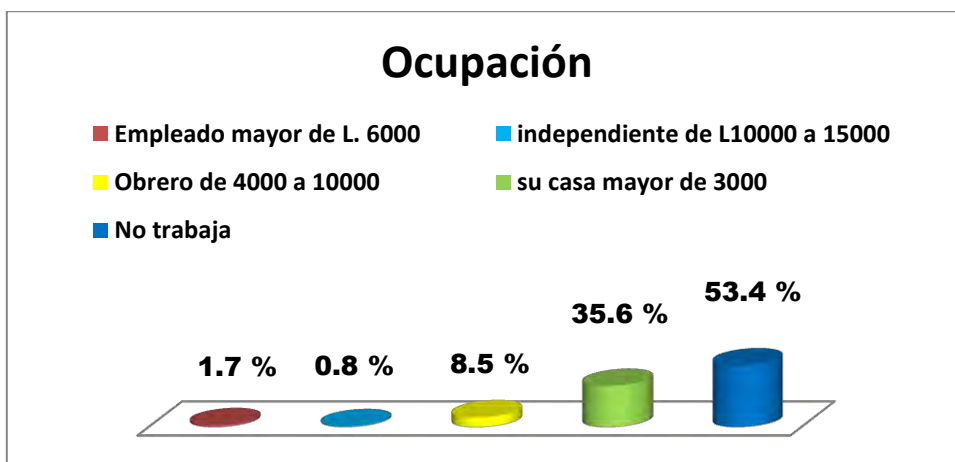


Tabla N° 7 Ocupación

Ocupación		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Empleado mayor de L. 6000	2	1.7
	independiente de L10000 a 15000	1	.8
	Obrero de 4000 a 10000	10	8.5
	su casa mayor de 3000	42	35.6
	No trabaja	63	53.4
	Total	118	100.0



## Para el objetivo N° 2

Tabla N°8 Enfermedades Previas al Diagnostico por VIH

### Enfermedades previas al diagnostico

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Ninguna	18	15.3
herpes	11	9.3
tuberculosis	9	7.6
diarrea	17	14.4
candidiasis bucofaringea	32	27.1
condilomatosis	5	4.2
perdida de peso fiebre	21	17.8
Candidiasis vulvo vaginal	5	4.2
Total	118	100.0

### ENFERMEDADES PREVIAS AL DIAGNOSTICO

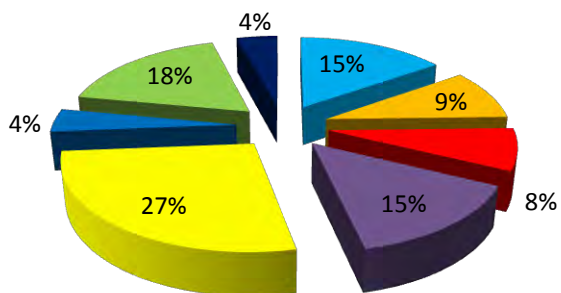
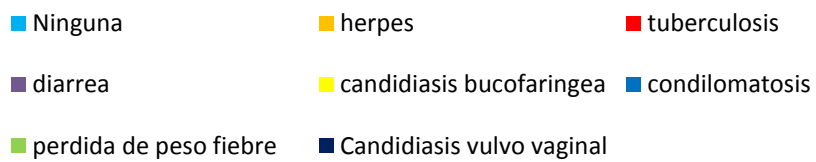


Tabla N° 9 Tiempo que recibe tratamiento Posterior al Diagnostico

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Inmediatamente	100	84.7
	De 10 a 30 dias	7	5.9
	De 1 a 6 meses	7	5.9
	6 meses a 1 año	2	1.7
	mas de un año	2	1.7
	Total	118	100.0

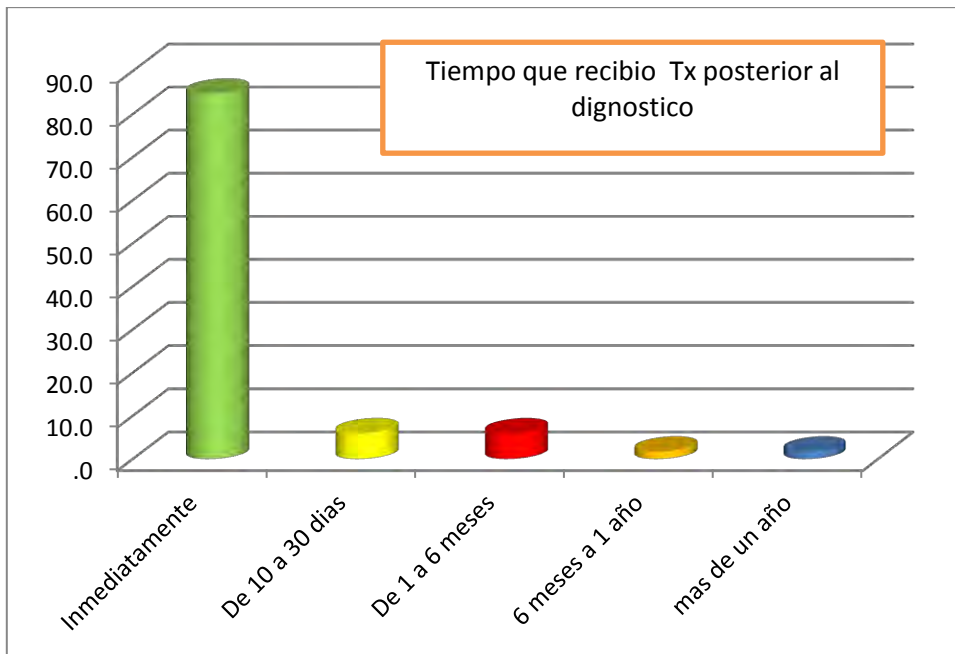


Tabla N° 10 Por que Tomo Medicamentos después de 10 días del diagnostico

Si su respuesta es 10 días o mas. porque

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	por tratamiento por tuberculosis	1	.8
	temor a la discriminacion	1	.8
	porque el CD4 esraba normal	2	1.7
	era limitado el acceso a CD4	1	.8
	por no aceptar condicion	3	2.5
	por tomar otro medicamentos	1	.8
	no sabia que habia tratamiento	1	.8
	no queria tomar arv	1	.8
	por depresion	3	2.5
	por no tolerar tratamiento	1	.8
	por motivos economicos	2	1.7
	por falta de dinero	1	.8
	Total	18	15.3
Perdidos	Sistema	100	84.7
Total		118	100.0

Tabla N° 10 Por que Tomo Medicamentos después de 10 días del diagnostico

### Por que recibio Tratamiento 10 diaz posteriores al diagnostico

- por tratamiento por tuberculosis
- porque el CD4 esraba normal
- por no aceptar condicion
- no sabia que habia tratamiento
- por depresion
- por motivos economicos
- temor a la discriminacion
- era limitado el acceso a CD4
- por tomar otro medicamentos
- no queria tomar arv
- por no tolerar tratamiento
- por falta de dinero

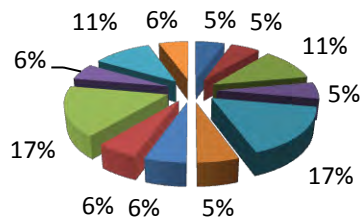


Tabla N° 11 Cuanto Tiempo Tiene de Recibir Tratamiento

**Cuanto tiempo recibe tratamiento**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Más de 6 meses y menos de un año	16	13.6
	De 1 a 2 años	41	34.7
	De 3 a 4 años	37	31.4
	Más de 4 años	24	20.3
	Total	118	100.0

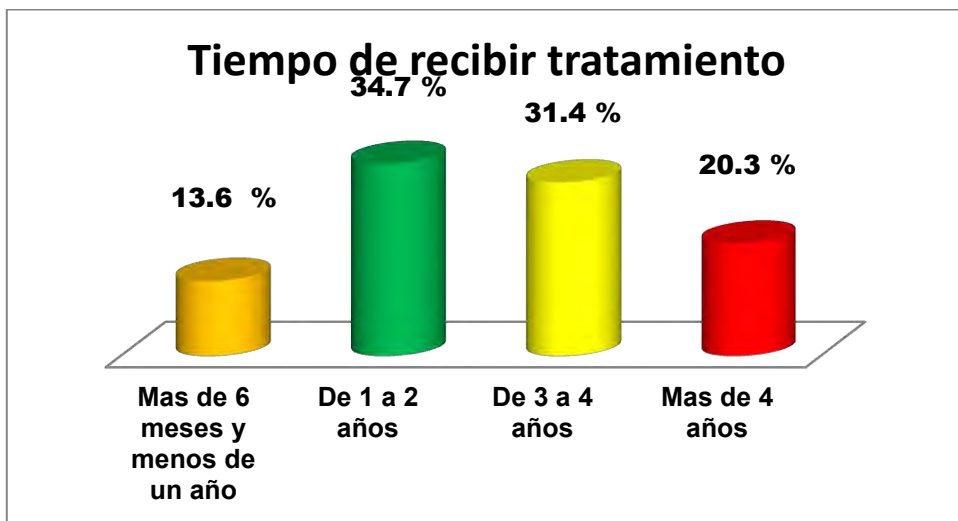




Tabla 12 Se siente triste

Se siente triste

		Frecuencia	Porcentaje
Validos	Más de la mitad de las veces	8	6.8
	Aproximadamente la mitad de las veces	1	.8
	Alguna vez	36	30.5
	En ninguna ocacion	73	61.9
	Total	118	100.0



Tabla 13 Supero Emocionalmente su enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	58	49.2
	No	60	50.8
	Total	118	100.0

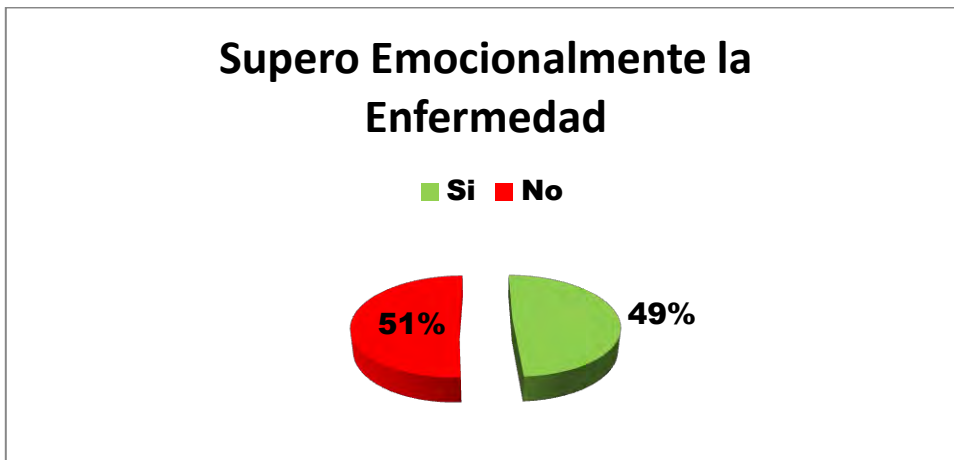


Tabla 14 Dejo de Tomar el Tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	29	24.6
	No	89	75.4
	Total	118	100.0

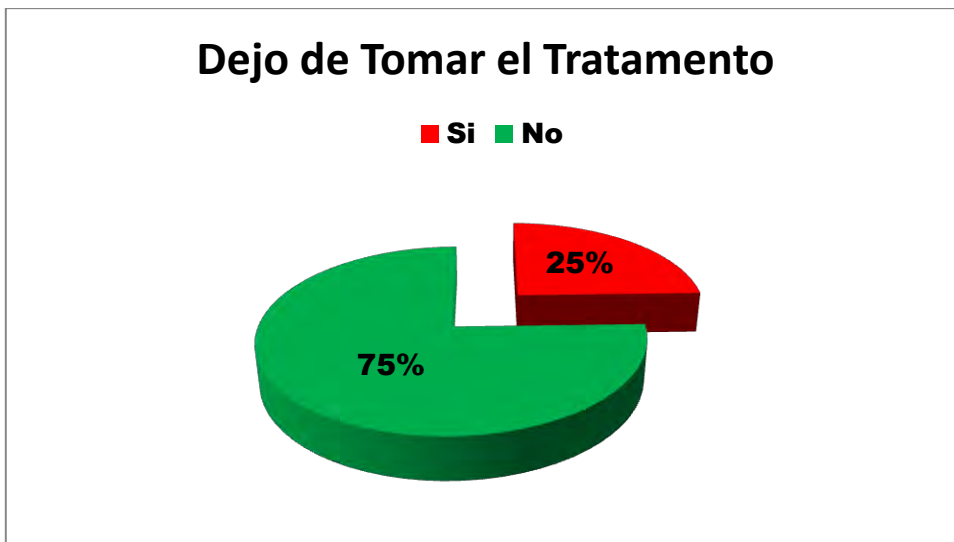
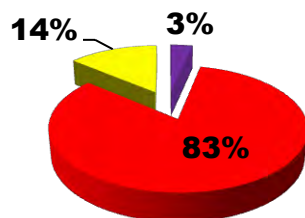


Tabla N° 15 Por qué deajo el Tratamiento

Porque deajo el tratamiento		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Son muchos los medicamentos	1	.8
	Muchos efectos adversos de los medicamentos	24	20.3
	Altera mi rutina diaria de la vida	4	3.4
	Total	29	24.6
Perdidos	Sistema	89	75.4
Total		118	100.0

### Porque deajo el tratamiento?

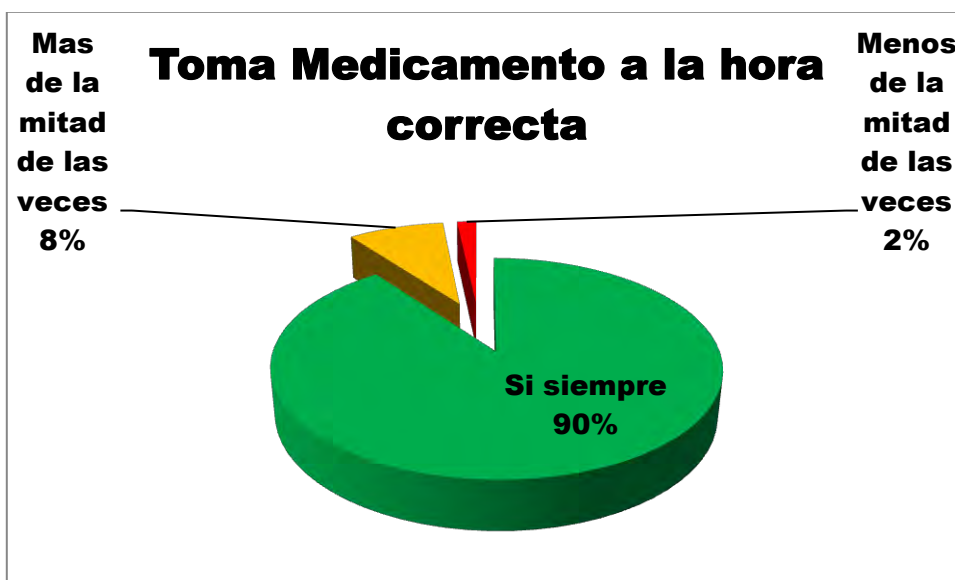
- **Son muchos los medicamentos**
- **Muchos efectos adversos de los medicamentos**
- **Altera mi rutina diaria de la vida**



Tabal 16 Toma sus Medicamentos a la hora Correcta

Toma medicamentos a la hora correcta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si siempre	106	89.8	89.8	89.8
	Mas de la mitad de las veces	10	8.5	8.5	98.3
	Menos de la mitad de las veces	2	1.7	1.7	100.0
	Total	118	100.0	100.0	



Tabal 17 Es fácil el acceso a los ARV

Fácil acceso ARV

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	117	99.2
	No	1	.8
	Total	118	100.0

## Facil acceso a los ARV

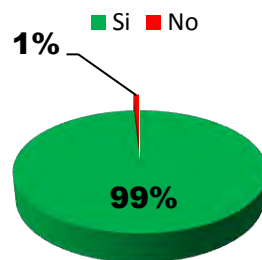


Tabla N° 18 Conoce sus Niveles de CD4

Conoce sus niveles de CD4

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	115	97.5
	No	3	2.5
	Total	118	100.0



Tabla 19 Niveles de CD4 iniciales

Conteo de célulasCD4 iniciales

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	menor de 100	62	52.5
	Entre 100 y 200	45	38.1
	Mayor de 200	11	9.3
	Total	118	100.0

## NIVELES de CD4 INICIALES

■ menor de 100 ■ Entre 100 y 200 ■ Mayor de 200





Tabla 20 Niveles de CD4 Actuales

Conteo de Células de CD4 Actuales

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos de 100 a 200	15	12.7
de 200 a 400	49	41.5
de 400 a 600	41	34.7
Mayor de 600	13	11.0
Total	118	100.0

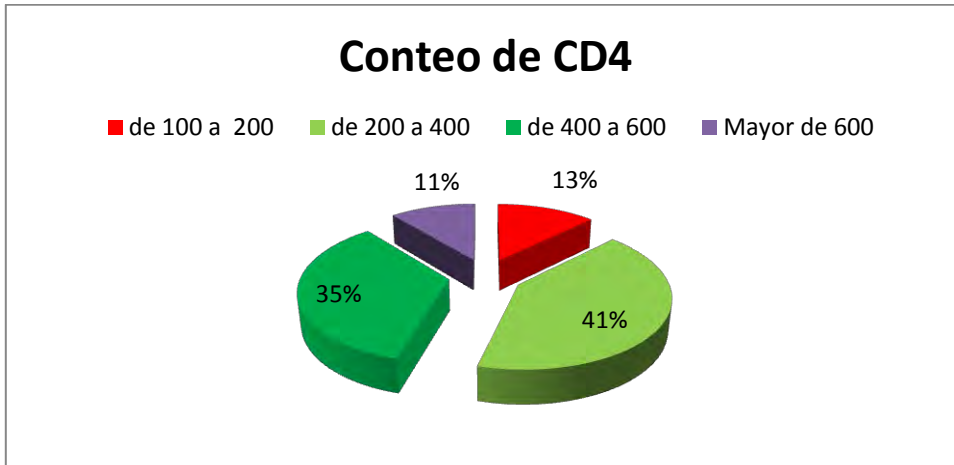


Tabla 21 Recibió Tratamiento en Privado

**Recibe tratamiento en privado**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	118	100.0



Tabla 22 El Personal de Salud le explico acerca de su Enfermedad

explicaron de su enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	117	99.2
	No opina	1	.8
	Total	118	100.0

### Explicaron Acerca de su Enfermedad

■ Si ■ No opina

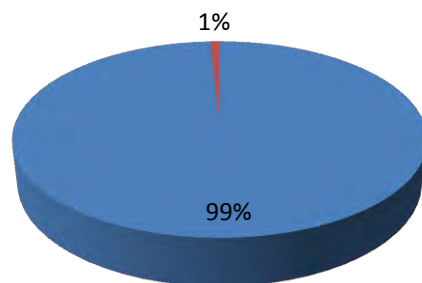


Tabla 23 El personal de Salud , escucho al Plantearle sus Necesidades

**Escucharon sobre sus necesidades**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	113	95.8
	No opina	5	4.2
	Total	118	100.0



### Para el Objetivo N°3

Tabla 24 Quienes conocen de su Enfermedad

C	Frecuencia	Porcentaje
Pareja	31	26.3
Familia	101	85.6
Amigos	14	11.9
Compañeros de Trabajo	1	.8
Grupos de autoayuda	12	10.2
Solo Personañ de CAI	5	4.2

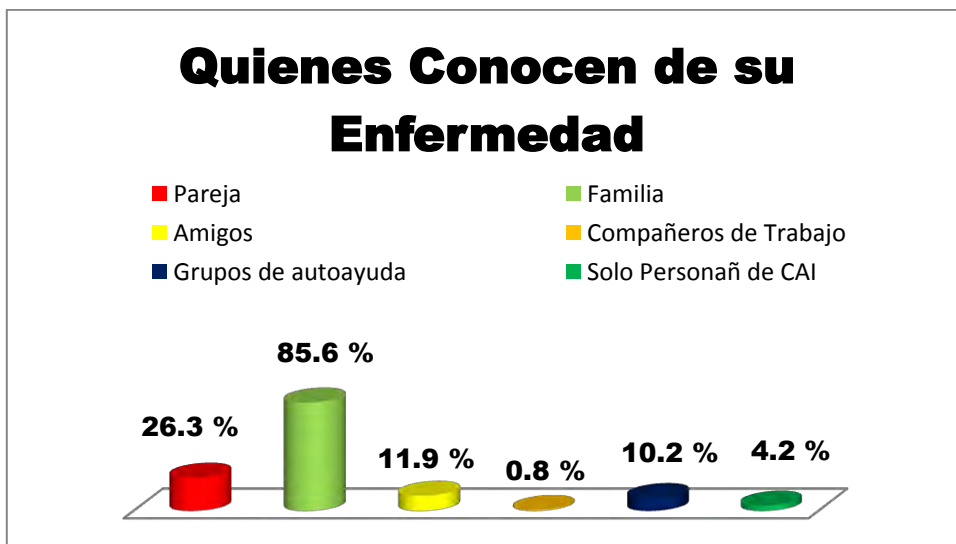


Tabla N° 25

**Lo apoyan**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	111	94.1
	No	7	5.9
Total		118	100.0

**Lo apoyan con su  
Enfermedad**

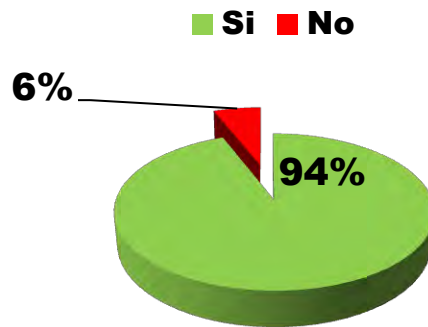


Tabla 26 Se siente Marginado

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	36	30.5
	No	82	69.5
	Total	118	100.0

### **Por su Enfermedad se ha sentido Marginado**

■ Si ■ No

