

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TARGA, EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS POLICIALES

FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO HAART, IN PATIENTS WITH HIV / AIDS IN AT THE CENTRAL HOSPITAL OF THE POLICE FORCES

Gustavo Orellana-Zanabria^{1,a}, Eduardo Morales-Rezza²

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados y el grado de adherencia al TARGA en los pacientes con VIH/SIDA en el hospital Central PNP "Luis N. Sáenz" en los meses de octubre a diciembre del 2015. **Métodos:** Estudio observacional, transversal, analítico y descriptivo donde se evaluó a 123 pacientes con un cuestionario CEAT-VIH. Se realizó la recolección de datos en el programa Microsoft Excel y el análisis estadístico mediante el programa SPSS v.22. **Resultados:** Donde encontramos que la edad promedio de los todos los pacientes evaluados es 40.11 años. El tiempo de infección de los pacientes evaluados fue un promedio un año y 7 meses. El tiempo de tratamiento con el TARGA consto de un promedio de 20 meses. El 52 % (64 pacientes) de la población estudiada fue algún familiar del titular, ya sea esposa (o), hijo (a) o padres. El género que prevalece en la muestra es masculino con el 63.4 % (78 pacientes). Y la carga viral, el 77.2 % es indetectable (< 400 copias/ml). El grado encontrado fue una adecuada adherencia al TARGA, con una puntuación de 82.51 y al relacionar el grado de adherencia con las características socio-demográficas no son significativas. Pero si se encontró relación el grado de adherencia con la carga viral. **Conclusión:** La población estudiada tiene una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral y los 5 factores que mide el cuestionario: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción médico-paciente, creencias del paciente y estrategia para la toma de medicamentos, tienen muy buena influencia en la adherencia al TARGA.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento; TARGA; Factores asociados a la adherencia. (fuente: DeCS BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine the associated factors and the degree of adherence to HAART in patients with HIV / AIDS at the PNP Central hospital "Luis N. Saenz" from October to December 2015. **Methods:** Observational, cross-sectional, analytical and descriptive study where 123 patients with a CEAT-HIV questionnaire were evaluated. Data collection was performed in the Microsoft Excel program and statistical analysis using the SPSS v.22 program. **Results:** Where we found that the average age of all patients evaluated was 40.11 years. The infection time of the evaluated patients was an average of one year and 7 months. Treatment time with HAART averaged 20 months. Fifty-two percent (64 patients) of the study population were any family members of the holder, either wife (s), child (ren) or parents. The gender that prevails in the sample is male with 63.4% (78 patients). And viral load, 77.2% is undetectable (<400 copies / ml). The grade found was adequate adherence to HAART, with a score of 82.51. And relating the degree of adherence to socio-demographic characteristics are not significant. But if the degree of adherence to viral load was found to be related. **Conclusion:** In the study population has adequate adherence to antiretroviral treatment and the 5 factors measured by the questionnaire: adherence to treatment, history of lack of adherence, physician-patient interaction, patient's beliefs and strategy for taking medications, have a very good influence on adherence to HAART.

Key words: Adherence to treatment; HAART; Factors associated with adherence. (source: MeSH NLM)

¹ Hospital Central PNP "Luis N. Saenz", Lima-Perú.

^a Interno de Medicina.

² Médico del hospital Central PNP "Luis N. Saenz", Lima-Perú.

Citar como: Gustavo Orellana-Zanabria, Eduardo Morales-Rezza. Factores asociados a la adherencia al targa, en pacientes con VIH/Sida en el Hospital Central PNP "Luis N. Saenz" en los meses de octubre a diciembre del 2015. [Artículo Original].2019;19(1):46-54. (Enero 2019). DOI 10.25176/RFMH.v19.n1.1792

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

© Los autores. Este artículo es publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma. Este es un artículo de Open Access distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citadas. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe

INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario y altera o anula su función, esta infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente «inmunodeficiencia». Asimismo, se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es considerado como un problema de salud pública y de gran naturaleza debido a la magnitud de los daños que se evidencian en la morbilidad y mortalidad de la población. En el mundo, residen más de 35,3 millones de personas que están infectadas por el VIH, de las que 2,1 millones son adolescentes (de 10 a 19 años); además, la gran mayoría de las personas infectadas por el VIH, viven en países de ingresos bajos y medios, y se estima que, en el año 2012, unos 2,3 millones de personas que contrajeron dicha infección. A esta fecha, el Perú tenía unos 76 000 portadores del VIH y frente este contexto, es preciso promover un tratamiento integral especializado aunado a un equipo multidisciplinario de salud que afronte dicha enfermedad, considerando que los obstáculos existentes que afronta el paciente con VIH, parten de la no aceptación de la propia enfermedad, seguido de la falta de apoyo de la familia, entre otros. Además, es menester reconocer que hay factores políticos (indiferencia o despreocupación, interferencia frente al libre flujo de información), socioculturales (normativas, roles, tabúes) y económicos (pobreza, falta de recursos, desigualdad de ingresos) que inciden directamente en el problema de la infección con VIH¹.

Un gran avance y conveniente para el control de la infección por VIH, ha sido el descubrimiento del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) y su trayectoria universal. Asimismo, el Ministerio de Salud de Perú (MINSA) inició la provisión del TARGA desde mayo

de 2004, a partir de entonces, ha sido posible incrementar su cobertura, optimizando la calidad de vida de las

personas que viven con VIH y retrasando la progresión de la infección a estadios evolutivos e incipientes, donde el Estado se esfuerza en consolidar el programa del TARGA¹.

El MINSA cuenta con el servicio de infectología, este programa realiza un conjunto de actividades dirigidas a la población de todas las edades, con la finalidad de detectar precozmente los grupos de riesgo y disminuir la transmisión vertical y sanguínea. Entre las actividades que realiza este programa, se encuentra el tamizaje, despistaje de VIH, despistaje de sífilis, confirmatoria de VIH, consejería pretest, consejería posttest, médico ITS-VIH, control social, visitas domiciliarias, educación focalizada y grupal, que acompañan al tratamiento del TARGA¹.

El objetivo de este artículo es determinar los factores asociados y el grado de adherencia al TARGA en los pacientes con VIH/SIDA en el hospital Central PNP “Luis N. Sáenz” en los meses de octubre a diciembre del 2015.

MÉTODOS

El presente estudio de investigación correspondió a un diseño observacional, transversal, analítico y descriptivo. Se trabajó con 123 pacientes con VIH/SIDA, que son atendidos en el servicio de Infectología del Hospital Central PNP “Luis N. Saenz” en el año 2015. Se utilizó una encuesta validada por CEAT VIH (anexo 1) y revisión de las historias clínicas. Donde se incluyeron pacientes mayores de 18 y menores de 65 años cumplidos, pacientes con tiempo de tratamiento antirretroviral mínimo de tres meses, pacientes que no estén gestando y pacientes que acepten realizar la encuesta. Se excluyeron, pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años con VIH/SIDA, pacientes con tiempo de tratamiento antirretroviral menor a tres meses, pacientes que estén gestando y pacientes que se nieguen a participar en la encuesta.

RESULTADOS

A. Fiabilidad

Tabla 1. Alfa de Cronbach.

ALFA DE CRONBACH	ALFA DE CRONBACH BASADA EN ELEMENTOS ESTANDARIZADOS	Nº DE ELEMENTOS
0.765	0.788	0.20

Fuente: INICIB – FAMURP/hospital Central PNP “Luis N. Sáenz”.

En esta tabla se evalúa el alfa de Cronbach, este es un coeficiente de fiabilidad o consistencia interna. Cuando el coeficiente alfa es > 0.7 nos indica que es aceptable para el uso en investigación. En nuestro estudio el Alfa de Cronbach es de 0.765.

B. Análisis descriptivo

Tabla 2. Características generales.

CARACTERÍSTICAS	MEDIA (DE [RANGO])
Edad (años)	40.11 (+- 12.54 [18 – 64])
Tiempo de infección (años)	1.77 (+- 1.38 [0.33 – 7.08])
Tiempo de tratamiento (meses)	20 (+- 16.95 [3 – 84])
T/F	N (%)
Titular	59 (48 %)
59 (48 %)	64 (52 %)
Genero	N (%)
Masculino	78 (63.4 %)
Femenino	45 (36.6 %)
Nivel de carga viral (copias/ml)	N (%)
< 400	95 (77.2 %)
401 – 50 000	28 (22.8 %)
>50 000	0 (0 %)

Fuente: INICIB – FAMURP/hospital Central PNP "Luis N. Sáenz".

En la tabla 2, se observa las características en forma general, donde vemos que la edad promedio de los todos los pacientes evaluados es 40.11 años. El tiempo de infección de los pacientes evaluados fue un promedio un año y 7 meses. El tiempo de tratamiento con el TARGA consto de un promedio de 20 meses. El 52 % (64 pacientes) de la población estudiada fue algún familiar del titular, ya sea esposa (o), hijo (a) o padres. El género que prevalece en la muestra es masculino con el 63.4 % (78 pacientes) y la carga viral, en el 77.2 % es indetectable (< 400 copias/ml).

Tabla 3. Resultados de las respuestas de los ítems del CEAT-VIH.

ÍTEM	MEDIA	RANGO (MIN - MÁX)	ALFA DE CRONBACH SI SE PIERDE EL ÍTEM
Ceat 1	4.72	1 (4-5)	0.739
Ceat 2	4.83	1 (4-5)	0.748
Ceat 3	4.82	1 (4-5)	0.750
Ceat 4	4.81	1 (4-5)	0.752
Ceat 5	1.60	2 (0-2)	0.767
Ceat 6	4.87	1 (4-5)	0.764
Ceat 7	4.71	3 (2-5)	0.756
Ceat 8	3.51	4 (1-5)	0.761
Ceat 9	4.84	2 (3-5)	0.754
Ceat 10	4.89	1 (4-5)	0.755
Ceat 11	4.33	2 (3-5)	0.765
Ceat 12	4.79	2 (3-5)	0.721
Ceat 13	4.89	1 (4-5)	0.768
Ceat 14	4.85	1 (4-5)	0.767
Ceat 15	4.42	2 (3-5)	0.775
Ceat 16	4.80	1 (4-5)	0.774
Ceat 17	4.73	2 (3-5)	0.760
Ceat 18	4.80	1 (4-5)	0.726
Ceat 19	0.72	1 (0-1)	0.739
Ceat 20	0.58	1 (0-1)	0.767

Fuente: INICIB – FAMURP/hospital Central PNP "Luis N. Sáenz".

En esta tabla, se observa las 20 respuestas del cuestionario que se realizó a los 123 pacientes del hospital Central de la PNP "Luis N. Sáenz". Donde la media de las 20 ítems del cuestionario es 82.51, y de acuerdo a los 4 niveles de clasificación del grado de adherencia: donde baja

adherencia (<73 puntos), adherencia insuficiente (74 y 80 puntos), adherencia adecuada (81 – 85 puntos) y adherencia estricta (>85 puntos). Se encontraría en una "adherencia adecuada" ya que se encuentra dentro del rango de 81 – 85 puntos.

Tabla 4. Factores relacionados a la adherencia al tratamiento antirretroviral medidos por el CEAT – VIH.

FACTOR	MEDIA	MODA	DE	MIN	MAX
Cumplimiento del tratamiento	16.57	18	1.635	12	18
Antecedentes de la falta de adherencia	14.46	15	0.871	12	15
Interacción con el médico	9.76	10	0.463	8	10
Creencias del paciente	41.14	42	2.200	30	45
Estrategias para mejorar la adherencia	0.58	1	0.496	0	1

Fuente: INICIB – FAMURP/hospital Central PNP "Luis N. Sáenz".

En la tabla se observa los 5 factores evaluados por el CEAT–VIH, el cumplimiento del tratamiento tiene un puntaje máximo de 18, antecedentes de la falta de adherencia tiene un puntaje máximo de 15, la interacción con el médico tiene un puntaje máximo de 10, las creencias del paciente tienen un puntaje máximo de 45 y las estrategias para recordar la toma de fármacos con un puntaje máximo de 1. Cuatro de los cinco factores asociados tienen una

muy buena influencia en la adherencia al tratamiento, ya que su moda llega al puntaje máximo. El factor faltante, creencias del paciente, no es que no tenga una buena influencia, solo que su modo llega a 42. Así que, también tiene una influencia en el tratamiento, pero no tan alta como las cuatro anteriores.

C. Análisis analítico

Tabla 5. Asociación entre el sexo y el grado de adherencia.

		SEXO		
		MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Grado de adherencia	Baja adherencia	2	1	3
	Adherencia insuficiente	14	11	25
	Adherencia adecuada	46	25	71
	Adherencia estricta	16	8	24
Total		78	45	123

Fuente: INICIB – FAMURP/hospital Central PNP "Luis N. Sáenz".

En esta tabla se observa la asociación entre el sexo y grado de adherencia, utilizando la prueba de chi-cuadrado. Esta prueba nos permite asociar dos variables cualitativas.

El valor $p > 0.005$ (0.856) nos indicaría que no hay una asociación entre el grado de adherencia y sexo.

Tabla 6. Asociación entre grado de adherencia y titular-familiar.

		TITULAR/FAMILIAR		
		TITULAR	FAMILIAR	TOTAL
Grado de adherencia	Baja adherencia	1	2	3
	Adherencia insuficiente	15	10	25
	Adherencia adecuada	29	42	71
	Adherencia estricta	14	10	24
Total		59	64	123

Fuente: INICIB – FAMURP/hospital Central PNP "Luis N. Sáenz".

En la tabla se observa la asociación entre el grado de adherencia y titular-familiar, y el valor $p > 0.005$ (0.242),

nos indicaría que no hay una relación entre el grado de adherencia y titular-familiar.

Tabla 7. Correlación entre el grado de adherencia y edad.

			EDAD (AÑOS)	GRADO DE ADHERENCIA
Rho de Spearman	Edad (años)	Coeficiente de correlación	1.000	0.061
		Sig. (bilateral)	-	0.502
		N°	123	123
Grado de adherencia		Coeficiente de correlación	0.061	1.000
		Sig. (bilateral)	0.502	-
		N°	123	123

Fuente: INICIB – FAMURP/hospital Central PNP "Luis N. Sáenz".

En esta tabla se utiliza la prueba de Spearman, esta prueba nos permite asociar variables no paramétricas. El valor $p >$

0.005 (0.502), nos indicaría que no hay asociación entre grado de adherencia y edad.

Tabla 8. Correlación entre el tiempo de tratamiento y el grado de adherencia.

			TIEMPO TRATAMIENTO	GRADO DE ADHERENCIA
Rho de Spearman	Tiempo tratamiento	Coeficiente de correlación	1.000	0.166
		Sig. (bilateral)	-	0.066
		N°	123	123
Grado de adherencia		Coeficiente de correlación	0.166	1.000
		Sig. (bilateral)	0.066	-
		N°	123	123

Fuente: INICIB – FAMURP/hospital Central PNP "Luis N. Sáenz".

En la tabla, se aprecia la prueba de Spearman, donde correlacionamos el tiempo de tratamiento con el grado de adherencia. Y podemos apreciar que el

valor $p > 0.005$ (0.066), nos indicaría que no hay una correlación entre las variables.

Tabla 9. Correlación entre tiempo de infección y grado de adherencia.

			TIEMPO TRATAMIENTO	GRADO DE ADHERENCIA
Rho de Spearman	Tiempo tratamiento	Coeficiente de correlación	1.000	0.152
		Sig. (bilateral)	-	0.094
		N°	123	123
Grado de adherencia		Coeficiente de correlación	0.152	1.000
		Sig. (bilateral)	0.094	-
		N°	123	123

Fuente: INICIB – FAMURP/hospital Central PNP "Luis N. Sáenz".

En esta tabla utilizamos la prueba de Spearman, donde correlacionamos el tiempo de infección y grado de adherencia. Donde el valor $p > 0.005$ (0.094), donde

nos indicaría que no hay una correlación entre las variables.

Tabla 10. Relación entre carga viral y grado de adherencia.

	CARGA VIRAL	N°	RANGO PROMEDIO	SUMA DE RANGOS
Grado de adherencia	< 400	95	76,00	7220,00
	401 - 50 000	28	14,50	406,00
	Total	123		

Fuente: INICIB – FAMURP/hospital Central PNP "Luis N. Sáenz".

En la tabla se observa la relación entre la carga viral y el grado de adherencia, utilizando la prueba de U de Mann-Whitney. Esta prueba se utiliza cuando queremos evaluar una variable ordinal. Donde se aprecia que el valor $p <$

0.05 (0.000), eso nos indicaría que hay una relación entre estas dos variables, donde a una mejor adherencia hay una menor carga viral.

DISCUSIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es considerado como un problema de salud pública y de gran naturaleza debido a la gran magnitud de los daños que se observan en la morbilidad y mortalidad de la población.

Una buena estrategia para poder disminuir o eliminar la morbimortalidad, es el TARGA, por ello la población tiene que tener una buena adherencia al tratamiento antirretroviral. Uno de los principales problemas es la baja adherencia del paciente al tratamiento, ya que hay muchos factores asociados a una baja adherencia.

Al realizar el análisis de los datos obtenidos en relación a los factores asociados a la adherencia al TARGA encontramos:

La fiabilidad o consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. El valor de alfa de Cronbach oscila de 0 a 1, cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados, se dice que cuando el coeficiente $\alpha > 0.7$, se puede decir que es aceptable para una investigación, aunque algunos autores consideran que el coeficiente $\alpha > 0.6$, también es aceptable. En este trabajo el coeficiente alfa nos arrojó 0.765, que nos indica que es aceptable para una investigación científica; resultado similar al estudio realizado en el Perú por Tafur² con un análisis de fiabilidad de 0.706. Otro estudio realizado en Brasil por Remor³ arrojó un alfa de Cronbach de 0.64 y otro en Portugal⁴ con un alfa de Cronbach de 0.709. Esto nos hace decir que nuestro instrumento tiene mayor fiabilidad que los comparados a los otros realizados en otros países e incluso con uno realizado en Perú.

Con respecto al grado de adherencia, ya que este cuestionario de evaluación mide el grado y lo clasifica

en 4 niveles: baja adherencia (< 73 puntos), adherencia insuficiente (74 y 80 puntos), adherencia adecuada (81 y 85 puntos) y adherencia estricta (>85 puntos), en nuestro trabajo la media de las 20 preguntas realizadas a los 123 pacientes fue 82.51, lo que nos indica que está dentro del rango de una adherencia adecuada, resultados diferentes reportaron el brasileño Remor³ que obtuvo 74.89 puntos, en Portugal Ries⁴ 77.61 puntos y el brasileño Lorscheider⁵, quien reportó una puntuación de 79.45, todos con una adherencia insuficiente. Pero hay estudios donde se encontró una adherencia estricta, como en Rumania, realizada por Dima⁶ y en Brasil realizado por Casotti⁷. Pero si lo comparamos con estudios peruanos, Rivas⁸ se encontró una puntuación de 73.5, lo que nos hace indicar una baja adherencia; mientras que en el estudio realizado por Tafur con una puntuación de 74.29 el grado de adherencia es insuficiente. En otro trabajo similar realizado por la misma autora Tafur⁹ obtuvo una puntuación de 75.12, con una adherencia insuficiente.

Con respecto al cuestionario, consta de 20 preguntas, de las cuales 17 contienen 5 respuestas, 2 tiene 2 respuestas y 1 con 3 respuestas. Comparando con los 2 estudios peruanos de Rivas⁸ y Tafur⁹ donde obtuvieron baja adherencia y adherencia insuficiente, respectivamente, las respuestas no son tan diferentes, pero la diferencia es que en nuestro estudio más del 70 % de la población respondía con una buena alternativa, lo que no pasaba con los dos estudios anteriores.

Este cuestionario evalúa 5 factores asociados a la adherencia: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción médico-paciente, creencias del paciente y estrategia para la toma de medicamentos, en nuestro estudio los 4

de los 5 factores tienen una muy buena influencia para la adherencia al TARGA. Los estudios de Remor³ y de Tafur⁹ realizados en Perú, reportan buena influencia en el factor de "antecedentes de la falta de adherencia" que nos indica que estos pacientes en ningún momento dejaban de tomar sus medicamentos. Podemos resaltar que en nuestro estudio son los 4 de los 5 factores los que tienen muy buena influencia para la adherencia al tratamiento. El factor "creencias del paciente" también tiene influencia en la adherencia al TARGA, pero no tanto como los otros 4 factores.

En nuestro estudio asociamos el grado de adherencia con el sexo, la edad, tiempo de tratamiento, tiempo de enfermedad, familiar-titular y con la carga viral. Donde al relacionar el grado de adherencia con el sexo; grado de adherencia con titular-familiar; y utilizando la prueba de chi-cuadrado nos arrojó un valor $p > 0.005$ (0.856 y 0.242, respectivamente), esto nos indica que la relación es insignificante. Nuestro resultado tiene relación con otros estudios, como el brasileño que tiene como investigador Remor³ donde indica que no hay relación significativa entre el sexo y el grado de adherencia ($p = 0.25$); otro estudio brasileño realizado por Lemos¹⁰ indica que no hay una relación significativa. Los estudios peruanos que respaldan nuestro resultado son el de Tafur² donde $p = 0.321$ y el de Rivas⁸ con un valor $p = 0.31$.

Al relacionar el grado de adherencia con la edad, se utilizó la prueba de Apearman y nos arrojó un valor $p > 0.005$ (0.502), esto nos indicaría que no hay una relación significativa. Los estudios que tienen relación con nuestros resultados son el de Remor³ ($p = 0.39$), Resende¹¹ y Dima⁶ ($p > 0.005$) y el de la peruana Tafur² ($p = 0.356$). También, hay estudios donde nos dicen todo lo contrario con respecto al grado de adherencia y la edad como el de Lorscheider⁵ donde nos indica que la adherencia aumenta con la edad, pero por encima de 75 años, lo mencionado no podemos definirlo en nuestro estudio ya que solo tuvimos pacientes < de 65 años.

También relacionamos el grado de adherencia con el tiempo de tratamiento y el tiempo de enfermedad, donde utilizando la prueba de Spearman obtuvimos un valor $p > 0.005$, que nos indica que no hay una relación significativa. Estos resultados también fueron encontrados en el estudio de Tafur² y el de Remor³.

Y por último, relacionamos la carga viral y el grado de adherencia, utilizando la prueba de U de Mann-Whitney nos arrojó un valor $p < 0.005$ (0.000) eso nos indicaría que hay una relación significativa, es decir a mayor grado de adherencia hay una menor carga viral. Los estudios que respaldan nuestro resultado son la investigación de Reis⁴ ($p = 0.001$) y los trabajos de Tafur² y Resende¹¹ donde obtuvieron un valor $p < 0.005$.

CONCLUSIÓN

- La fiabilidad del cuestionario, que se mide con el alfa de Cronbach, arrojó nos 0.765, nos indica que es muy fiable el cuestionario.
- Se concluye que la población estudiada tiene una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral en el hospital central PNP "Luis N. Sáenz".
- Los 5 factores que mide el cuestionario: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción médico-paciente, creencias del paciente y estrategia para la toma de medicamentos, tienen muy buena influencia en la adherencia al TARGA.
- Las características sociodemográficas, como edad, sexo y titular-familiar, no están relacionadas al grado de adherencia. El tiempo de enfermedad y tiempo de tratamiento, no tiene relación significativa.
- Hay una muy buena relación entre la carga viral y el grado de adherencia, ya que a mayor grado de adherencia menor carga viral.

Contribuciones de autoría: Los autores participaron en la concepción, diseño, redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del artículo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés en la publicación de este artículo.

Recibido: 23 de marzo 2018

Aprobado: 20 de noviembre 2018

Correspondencia: Dr. Eduardo Morales Rezza

Dirección: Avenida Brasil, cuadra 26, Jesús María, Lima-Perú

Teléfono: +51 987253775

Correo: moralesrezza@yahoo.es

Anexo 1. Cuestionario de Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

Edad	
Sexo	

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

5.- ¿Recuerda que medicamentos esta tomando en este momento? _____

ARTÍCULO ORIGINAL

6	¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?	Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7	¿Cuánto esfuerzo le cueste seguir con el tratamiento?					
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?					
10	¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11	¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					
		Nunca	Alguna vez	Aproximadamente la mitad de las veces	Bastantes veces	Siempre
12	¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13	13 cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					
14	¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
16	¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
17	¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
18	¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad

		Si	No
19	Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/ más de uno? (Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?.....)		
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál?.....		

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meneses M, Mayorca C. Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima. *Rev enferm Herediana*. 2014;7(2):87-96.
2. Tafur E, Ortiz C, Alfaro C, García E, Faus M. Adaptación del "Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral" (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *Ars Pharm* 2008; 49 (3): 183-198.
3. Remor E, Milner J y Preussler G. Adaptación brasileña del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral. *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):685-94
4. Reis A, Lencastre L, Prista M y Remor E. Adaptación para Portugal del Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral del VIH (CEAT-VIH). *Psicología, saúde & doenças* 2009;10(2):175-191
5. Lorscheider J, Geronimo K y Colacite J. Estudio de adhesión la terapia antirretroviral para pacientes con VIH/SIDA tratados en el municipio de Toledo. *Acta Biomedica Brasiliensia* 2012;3(1)
6. Dima A, Schweitzer A, Diaconita R, Remor E y Wanlessd R. Adherencia a la medicación antirretroviral en adultos jóvenes rumanos: comportamiento auto-informado y barreras psicológicas. *Psychology, Health & Medicine* 2013;18(3):343-354
7. Casotti J, Mendes A, Endlich B, Queiroz M, Tartaglia R, Motta T. Factores asociados con la adherencia a la terapia HAART en pacientes con VIH/ SIDA. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2011;23(4):215-221
8. Rivas Muro J, Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011. [tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/286/1/TL_Rivas_Muro_Jorge.pdf
9. Tafur E, Ortiz C, García E, Faus M, Martínez F. Impacto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú). *Pharm Care Esp*. 2012; 14(4): 146-154
10. Lemos L, Teles M, Reis R, Ferrer A, Gir E y Gimenez M. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana e tuberculose. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016; 24:2691
11. Resende R, Podestá M, Souza W, Barroso T, Vilas O y Ferreira E. Adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes que viven con el VIH / SIDA asistido por el Sistema Único de Salud. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações* 2012;10(2):186-201

ARTÍCULO ORIGINAL

Consulte la Versión Electrónica de la Revista:
Facultad de Medicina Humana
Universidad Ricardo Palma

<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

