



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al **BORRADOR DE TESIS** cuyo título es:

"ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, VIH/SIDA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA. ESSALUD"

Presentado por:

GALINDO MATTA JUAN CARLOS

De la **MAESTRÍA EN MEDICINA HUMANA** mención **GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.**

Que, se ha recibido del operador del programa informático evaluador de originalidad de la Escuela de Posgrado de la UNICA, el informe automatizado de originalidad, el mismo que concluye de la siguiente manera:

El documento de investigación APRUEBA los criterios de originalidad con un porcentaje de similitud de 1%.

Para dar fe, se adjunta al presente el reporte de similitud de las bases de datos de iThenticate. En Ica 24 de febrero de 2024

Atentamente


UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
ESCUELA DE POSGRADO
Dr. LUIS ALBERTO PECHO TATAJE
Director (e)



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
Escuela de Posgrado

Maestría en Medicina Humana
Mención en Gestión de Servicios de Salud



TESIS:

Adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos
atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las
ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud

Línea de investigación:
Salud pública y conservación del medio ambiente

AUTOR:
M. C. JUAN CARLOS GALINDO MATTA

Ica – Perú
2023

Dedicatoria:

A Dios, por ser quien guía mi camino

A mi madre, por sus consejos y estar siempre a mi lado

A mi esposa, por ser la luz de mi vida

A mis hijos, por ser el motivo de esforzarme y seguir adelante

Agradecimientos:

A todas aquellas personas que con sus opiniones, participación e interés me ayudaron a terminar esta investigación

ÍNDICE.

Índice de contenidos

| | |
|---------------------------------------|------|
| Resumen | vii |
| Abstract | viii |
| I. INTRODUCCIÓN | 9 |
| 1.1. Antecedentes de la investigación | 9 |
| 1.2. Bases teóricas | 14 |
| 1.3. Marco conceptual | 18 |
| II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA | 22 |
| 2.1. Planteamiento del problema | 22 |
| 2.2. Formulación del problema | 22 |
| 2.3. Justificación e importancia | 23 |
| 2.4. Objetivos | 23 |
| 2.5. Hipótesis y variables | 24 |
| 2.6. Estrategia metodológica | 25 |
| III. RESULTADOS | 29 |
| IV. DISCUSIÓN | 44 |
| V. CONCLUSIONES | 53 |
| VI. RECOMENDACIONES | 54 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 55 |
| VIII. ANEXOS | 58 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Distribución de la muestra según sexo | 29 |
| Tabla 2: Distribución de la muestra según sexo y rango etario | 29 |
| Tabla 3: Distribución de la muestra según sexo y estado civil | 29 |
| Tabla 4: Distribución de la muestra según sexo y enfermedades asociadas | 30 |
| Tabla 5: Distribución de la muestra según sexo y tiempo transcurrido entre el diagnóstico del VIH/Sida y acudir a recibir orientación y tratamiento TARGA | 30 |
| Tabla 6: Distribución de la muestra según sexo y actividades laborales | 31 |
| Tabla 7: Distribución de la muestra según sexo y recibir apoyo familiar y social (económico, alimentario u otros) | 31 |
| Tabla 8: Distribución de la muestra según sexo y el considerar que los ingresos económicos recibidos le alcanzan para afrontar la enfermedad y el sostenimiento familiar | 32 |
| Tabla 9: Distribución de la muestra según sexo e ingreso económico mensual | 32 |
| Tabla 10: Distribución de la muestra según sexo y recibir apoyo familiar o social en la asistencia con la medicación, tratamiento y sustento | 33 |
| Tabla 11: Distribución de la muestra según sexo y condición de la vivienda donde habita | 33 |
| Tabla 12: Distribución de la muestra según sexo y personas a quienes ha comunicado el ser paciente con la enfermedad del VIH/SIDA | 34 |
| Tabla 13: Distribución de la muestra según sexo y sentirse discriminado por la enfermedad | 34 |
| Tabla 14: Distribución de la muestra según sexo y consumo de sustancias nocivas para la salud | 35 |
| Tabla 15: Distribución de la muestra según sexo y nivel educativo | 35 |
| Tabla 16: Distribución de la muestra según sexo y sentirse triste, deprimido o desanimado a consecuencia de la enfermedad | 36 |
| Tabla 17: Distribución de la muestra según sexo y frecuencia de sentirse triste, deprimido o desanimado a consecuencia de la enfermedad | 36 |
| Tabla 18: Distribución de la muestra según sexo y haber recibido atención psicológica para mejorar su estado de ánimo | 37 |
| Tabla 19: Distribución de la muestra según sexo y la autopercepción de necesitar el incremento de la frecuencia de la atención psicológica para mejorar su estado de ánimo | 37 |
| Tabla 20: Distribución de la muestra según sexo y abandono de la medicación antirretroviral | 38 |

| | |
|---|----|
| Tabla 21: Distribución de la muestra según sexo y tiempo de duración del abandono de la medicación antirretroviral | 38 |
| Tabla 22: Distribución de la muestra según sexo y cumplimiento de los horarios de consumo del medicamento | 39 |
| Tabla 23: Distribución de la muestra según sexo y consumo del medicamento junto al alimento | 39 |
| Tabla 24: Distribución de la muestra según sexo y cumplimiento del régimen alimentario | 40 |
| Tabla 25: Distribución de la muestra según sexo y accesibilidad al Hospital donde recibe la atención de salud | 40 |
| Tabla 26: Distribución de la muestra según sexo femenino y autopercepción de la atención recibida por parte de los profesionales de la salud | 41 |
| Tabla 27: Distribución de la muestra según sexo masculino y autopercepción de la atención recibida por parte de los profesionales de la salud | 41 |
| Tabla 28: Distribución de la muestra según sexo y entendimiento de la información recibida por parte del profesional de la salud | 42 |
| Tabla 29: Distribución de la muestra según sexo y satisfacción de la atención de dudas, preguntas y necesidades del paciente | 42 |
| Tabla 30: Distribución de la muestra según sexo y grado de satisfacción de la atención sanitaria recibida | 43 |

RESUMEN

El virus de la inmunodeficiencia humana ataca al sistema inmunitario natural del organismo, aniquilando a los linfocitos, vulnerándolo ante infecciones, neoplasias y otras patologías graves, la etapa más grave del contagio es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida). Se vigila la medicación del paciente para evitarse la deserción al tratamiento antirretroviral, que ocasiona graves consecuencia en la salud y fortalecimiento del virus en el organismo. Se realizó la descripción de las características de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EsSalud. La pregunta de investigación fue ¿Existen factores que influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos?. El objetivo principal fue describir los factores que influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos. Las conclusiones fueron las condiciones sociodemográficas predominantes en la muestra en estudio son el sexo masculino con 60.68 %, en ambos sexos la edad predominante fue 35 a 46 años con 27.35 % y el estado civil fue el de divorciados con 43.59 %. El entendimiento de la información recibida por parte del profesional de la salud fue considerado como “entendible” por el 79.49 % e indicaron “satisfacción” por la atención de sus dudas, preguntas y necesidades del paciente en un 75.21 % de la muestra en estudio. El 35.90 % de la muestra en estudio no cumplió adecuadamente con el tratamiento, mientras que el 64.10 % si evidenció la adhesión al tratamiento antirretroviral.

Palabras clave: *Virus de inmunodeficiencia humana, adhesión, tratamiento, salud publica*

ABSTRACT

The human immunodeficiency virus attacks the body's natural immune system, killing lymphocytes, making it vulnerable to infections, neoplasias and other serious pathologies. The most serious stage of infection is acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). The patient's medication is monitored to avoid desertion to antiretroviral treatment, which causes serious health consequences and strengthens the virus in the body. A description of the characteristics of adherence to antiretroviral treatment in adult patients treated in the Health Strategy for the Prevention and Control of STIs, HIV/AIDS of the Augusto Hernández Mendoza Hospital of EsSalud was made. The research question was: ¿Are there factors that influence adherence to antiretroviral treatment in adult patients? The main objective was to describe the factors that influence adherence to antiretroviral treatment in adult patients. The conclusions were the predominant sociodemographic conditions in the study sample are the male sex with 60.68%, in both sexes the predominant age was 35 to 46 years with 27.35% and the marital status was divorced with 43.59%. The understanding of the information received by the health professional was considered "understandable" by 79.49% and indicated "satisfaction" with the attention to their doubts, questions and needs of the patient in 75.21% of the study sample. 35.90% of the study sample did not adequately comply with the treatment, while 64.10% did show adherence to antiretroviral treatment.

Keywords: *Human immunodeficiency virus, adherence, treatment, public health*

INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes de la investigación.

1.1.1 Antecedentes internacionales

- Báez P. Tiburcio A. Alba A. Mateo F. Et al. 2022. República Dominicana. Medición de adherencia a antirretrovirales con métodos múltiples en La Romana, República Dominicana
Metodología: Verificación de antecedentes empleando quinientos historias clínicas de pacientes con VIH/SIDA, de elección al azar entre los años 2,017 al 2,020. Se cuantificó el nivel de adhesión al tratamiento antirretroviral, asociando cuatro metodologías de valoración: proporción de cubierta del tratamiento antirretroviral prescrito, tratamiento antirretroviral prescrito y recogido en la farmacia, escala del ataque vírico y autodescripción de la adhesión a la farmacoterapia antirretroviral
Conclusiones: Se logro la implementación de un instrumento para valorar la adhesión en situaciones de bajos bienes y medios de subsistencia; este instrumento muestra escalas moderadas de estabilidad y interrelación firme en las variables escala del ataque vírico y adhesión a la farmacoterapia antirretroviral. (1) (Báez P. Et al)
- Contreras B. Cordero F. Pino V. Et al. 2020. Chile. Adherencia al tratamiento antirretroviral de la persona adulta viviendo con vih /sida.
Metodología: Evaluación numérica, sin aplicación de cambios en las variables, representativo, se realizó aplicando un formato de recojo de información a veintidós pacientes asociados en una organización de VIH – SIDA, que aceptaron participar en la investigación, con aprobación de la Comisión Ética y Científica.
Conclusión: Se llevo a establecer que la falta de adhesión al tratamiento antirretroviral es una grave preocupación sanitario, de gran complejidad, poli dimensional y que va en incremento, siendo de necesidad urgente de la participación del equipo de profesionales de salud pública, para buscar la mejora del vínculo a través de los profesionales de la salud y los pacientes, en la búsqueda del mejoramiento de las competencias comunicativas y realizando exhaustivamente, la evaluación y progreso del proceso educativo individualizado. (2) (Cordero F. Et al)
- Neira R. Sanchez J. Riveros A. 2020. México. Psicoeducación para la adherencia al tratamiento antirretroviral: la metáfora del reloj de arena.
Metodología: El planeamiento se implementó empleando una muestra y replicando diez veces sus resultados. Se caracterizó las variables socio

demográficas, la diagnosis, farmacoterapia presente y la escala de adhesión de cada uno de los pacientes.

Conclusiones: Tras la participación de los pacientes, se consiguió reducir el nivel viral hasta niveles mínimos, consiguiéndose además el mejoramiento de la condición de salud en relación a la deficiencia inmunológica, con el incremento del conteo celular de CD4, obteniéndose además la adhesión del conjunto de pacientes. La información de la enfermedad captada por los pacientes se acrecentó representativamente después de la intervención, manteniéndose igual luego de la reevaluación a los dos y tres meses posteriores. (3) (Neira R. Et al)

- Urizar C. Jarolin M. Ayala M. Et al. 2020. Paraguay. Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay.

Metodología: Evaluación descriptiva, analítica y transversa, se realizó muestreo no aleatorio, con cuarenta y dos sujetos en estudio a los que se les ha diagnosticado el virus de inmunodeficiencia adquirida que reciben la prescripción en el Hospital Nacional de Itauguá; para esto, se empleó un formato de recolección de información sobre datos demográficos y de adhesión a la farmacoterapia antirretroviral

Conclusiones: El porcentaje de falta de adhesión a la farmacoterapia antirretroviral fue elevada, las principales circunstancias relacionadas a la falta de adhesión fueron las consecuencias adversas provocadas por el medicamento y el no recordar los horarios correspondientes para la toma de los medicamentos. (4) (Urizar C. Et al)

- Ruíz I. Et al. 2005. Granada España. Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratados con antiretrovirales.

Metodología: Investigación transversa, con trescientos veinte personas que reciben tratamiento antirretroviral en cuatro diferentes nosocomios. Se elaboró y aplicó un formato de recolección de información. Conclusión: Existe una marcada relación entre la condición clínica y la adhesión al tratamiento del paciente con la sobrevivencia y la mejor condición de vida, a pesar de la existencia de la enfermedad. (5) (Ruíz I. Et al).

- Pérez J. 2020. Cuba. Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/sida en la Atención Primaria de Salud

Metodología: En esta investigación y se realizó la descripción de las características asociadas a la enfermedad provocada por el virus de

inmunodeficiencia humana en ciento cincuenta y tres personas adultas con diagnóstico positivo, atendidos en el Policlínico Municipal “Marcios Manduley” de Centro Habana, durante el año 2,018; la información fue recolectada de las anamnesis registradas y la aplicación de un formato de recolección de información

Conclusiones: Los resultados de la investigación evidenciaron que existe una adecuada adhesión farmacoterapéutica al tratamiento antirretroviral, existiendo concordancia de las variables con otras investigaciones consultadas. (6) (Pérez J)

1.1.2. Antecedentes nacionales

- Ángeles J. Francia N. 2020. Lima. Capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un Hospital de Lima, 2020. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Metodología: Estudio transversal, numérica, se realizó la relación de las variables en investigación. El tamaño muestral fue de 219 individuos adulto, de ambos sexos, con diagnóstico y tratamiento antirretroviral, para la recolección de información se empleó una encuesta de estructura previamente validada por expertos.

Conclusiones: Los resultados de la investigación dieron a conocer la relación directa existente entre las dos variables analizadas, que la muestra en estudio tiene los conocimientos adecuados para realizar la autoatención y que existe la evidencia de una adecuada adhesión al régimen farmacológico, alimentario y de calidad de vida. (7) (Ángeles J. Et al)

- Barrera-Espinoza R. Gómez-Gonzales W. Girón-Vargas A. Arana-Escobar M. Et al. 2021. Perú. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA.

Metodología: Investigación transversa, se recolecto información muestral en ciento diecisiete individuos con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia SIDA, que fueron tratados con la terapia antirretroviral en el Centro Hospitalario Daniel Alcides Carrión. Se empleó un formato de recolección de información para evaluar la adherencia a la farmacoterapia antirretroviral, de utilización en Perú. Conclusiones: se evidencio que el género hombres y las enfermedades asociadas tienen relación con esta enfermedad, ya que influyen negativamente en la adhesión a la farmacoterapia prescrita. (8) (Barrera-Espinoza R. Et al)

- Orellana G. Morales E. 2019. Lima Perú. Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/Sida en el Hospital Central de las Fuerzas Policiales.

Metodología: investigación de tipo observacional, transversal, analítica y descriptiva, se colectó la información mediante entrevistas y aplicación de un formato de recolección de datos, a ciento veintitrés personas con VIH; luego, se presentó y ordeno la información mediante el programa Microsoft Excel 2019. Conclusiones: Se determinó que la muestra en estudio presenta una apropiada adherencia al TARGA. Los cinco agentes valorativos empleados, presentaron una adecuada significancia para evaluar la adherencia al TARGA. (9) (Orellana G. Morales E).

- Gutiérrez V. 2019. Lima Perú. Nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes adultos con VIH/SIDA del programa de control de ETS y sida del Hospital Nacional Hipólito Unanue enero 2018.

Metodología: Investigación cuantitativa, descriptiva y transversa. La muestra en estudio se compuso de cincuenta personas. Se realizaron reuniones conversadas para aplicar el formato de recolección de información para determinar el nivel de adherencia al TARGA. Conclusiones: La adhesión al TARGA fue regular. La muestra indicó que ocasionalmente suspenden la medicación por causa de la depresión, no suspenden el tratamiento por sentirse bien de salud. Existe una adecuada interacción profesional entre las Enfermeras y los pacientes. Los pacientes refieren no haber dejado el tratamiento por más de un día. Los pacientes consideran que el tiempo necesario para el consumo de la farmacoterapia es reducido y que su calidad de vida ha mejorado con la medicación. En cuanto a la información sobre el tratamiento indicaron que es escasa, y que tenían problemas para recordar los horarios de consumo de los medicamentos prescritos. (10) (Gutiérrez V).

- Caramutti M. 2018. Pimentel Perú. Efectividad de la consejería TARGA en la adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVS en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 2018.

Metodología: Se planteó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal; el muestreo identificó a cincuenta pacientes, a través de la aplicación de una fórmula estadística. Se empleó un formato de recolección de información para determinar la correlación existente entre el personal profesional de enfermería, y la encuesta de estimación de adherencia al TARGA en pacientes con VIH/Sida, previamente se explicó el fin de la investigación y rubricó la aceptación a participar. Conclusiones: La finalidad del TARGA es alcanzar la

adhesión al tratamiento del paciente. A pesar de las limitaciones existentes, se evidenció un buen nivel de adhesión al TARGA. Se evidenció el nexo existente entre las recomendaciones y el nivel de adhesión al TARGA. La calidad de los consejos brindados por las Enfermeras es útil y conveniente, pudiendo ser mejorado. (11) (Caramutti M).

- Pacífico J. Gutiérrez C. 2015. Lima Perú. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú.

Metodología: Investigación de corte transversa y analítica. A través de la realización de encuentros dialogados, se proporcionó el formato de recolección de información, que permitió valorar el nivel de agrado con los datos obtenidos acerca de la medicación y el temario de preguntas para evaluar la adherencia al TARGA, a su vez, se realizó la exploración a los anales clínicos, para reunir la información sobre aspectos sociales, demográficos y condición clínica. Conclusiones: Se sugiere que todo paciente tenga un nivel alto de agrado en relación con los datos percibidos de su medicación, por estar asociado a la calidad de vida y percepción del interés del servicio de salud. Asimismo, se evidenció la existencia de un menor nivel de agrado en cuanto a los datos sobre la medicación en el grupo de mujeres, en las personas con nivel educativo superior y que el agrado aumenta con el avance de la edad. Se sugiere la realización de ulteriores exploraciones para evidenciar el nexo existente entre agrado con los datos recibidos sobre la medicación y el nivel de adhesión al TARGA. (12) (Pacífico J).

- Meneses M. Mayorca C. 2014. Lima Perú. Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

Metodología: Se realizó una investigación cuantitativa, correlacional, transversal, el muestreo dio como resultado a doscientos ochenta y ocho pacientes con VIH; se construyó y aplicó un formato de recolección de datos consistente en treinta y siete interrogantes, orientadas a conocer acerca del auto atención y adhesión al TARGA, luego de la revisión de las historias clínicas, se elaboró un listado de pacientes con VIH. Conclusiones: Las actividades realizadas en la auto atención son inconvenientes casi en su totalidad. Los cinco agentes valorativos empleados, dieron resultados negativos, lo que indica la reducida adherencia al TARGA. (13) (Meneses M. Mayorca C).

1.2. Bases teóricas

– **La enfermedad de VIH/Sida**

Una de las principales características que presenta la enfermedad viral de la inmunodeficiencia humana (VIH), es la agresión a la organización inmunitaria natural del organismo, lo que provoca su debilitamiento frente a contagios microbiológicos y algunas variedades de neoplasias.

Con la multiplicación viral en el organismo, se van aniquilando las células encargadas del sistema inmunitario, encargadas de servir de barrera de contención frente a las infecciones, lo que va causando la disminución del sistema inmunológico; para realizar la valoración del sistema inmunológico, se cuantifica el número de linfocitos CD4 en el organismo.

La deficiencia inmunológica, incrementa el peligro del contagio de múltiples infecciones, neoplasias y otras afecciones, que, de no ser por la presencia del virus de inmunodeficiencia humana, las defensas naturales del organismo podrían atacar y enfrentar adecuadamente.

La etapa más grave del contagio con el virus de inmunodeficiencia humana, es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida), que, según algunas características inherentes a cada individuo, podría demorar entre dos a quince años en revelarse; haciéndolos susceptibles de manifestar diferentes neoplasias, contagios u otras exteriorizaciones que indiquen patologías graves. (14) (OPS).

– **Profesionales de la salud encargados de la atención del paciente con VIH/SIDA**

Los profesionales de la salud encargados de la atención del paciente con VIH/SIDA son los siguientes: (15) (Minsa)

Médico cirujano y/o Médico Infectólogo

Licenciado/a en obstetricia

Licenciado/a en psicología

Licenciado/a en trabajo social

Químico farmacéutico/a

– **Niveles clínicos**

Por razones del estudio de esta enfermedad, ha sido categorizada en tres niveles clínicos

Nivel A

Infección con el virus de inmunodeficiencia humana sin presencia de síntomas

Inflamación general y permanente en ganglios linfáticos.

Presencia de síntomas ligeros de la infección por VIH

Nivel B

Enfermedad bacteriana tisular, con apariencia de pápulas, nódulos o tumores angiomasos.

Infecciones por *Candida* a nivel oral, vaginal o de genitales externos femeninos.
candidiasis oral con resistencia a la medicación.

Presencia de células anormales en cérvix uterino o carcinoma de cérvix no invasivo, que no son necesariamente cáncer, pero pueden llegar a serlo.

Enfermedad inflamatoria de la pelvis.

Hipertermias a temperaturas menores a 38.5°C

Diarreas persistentes por más de treinta días de durabilidad.

Presencia de infecciones Herpéticas.

Crecimientos benignos de placas blancas en mucosa oral, provocados por el virus Epstein-Barr

Lesiones en los nervios fuera del cerebro y la médula espinal o nervios periféricos.

Trastorno hemorrágico provocado por el sistema inmunitario al destruir a las plaquetas, indispensables en la coagulación sanguínea habitual.

Nivel C

Infecciones provocadas por bacterias, hongos, virus y protozoos.

Presencia de procesos crónicos como bronquitis y neumonías

Evolución de patologías propias relacionadas al VIH

Presencia de tumores o masas anormales de tejido corporal, pudiendo ser cancerosos o no cancerosos. (16) (GESIDA).

Signos y síntomas

La sintomatología provocada por el contagio del VIH va a ir cambiando, conforme al nivel en la que se encuentre el paciente. A pesar del rápido y elevado nivel de la infección al que se llega en los meses iniciales, numerosos pacientes contagiados desconocen que portan el VIH hasta niveles más desarrollados; pudiendo presentarse asintomatologías o cuadros gripales en el paciente.

Con el transcurso del tiempo, el contagio con el VIH irá desgastando la inmunidad natural del infectado, pudiendo evidenciar otros signos y síntomas, como tumefacción a nivel de ganglios linfáticos, disminución del peso corporal, hipertermias, disenterías y toses persistentes.

Ante la carencia o defecto de farmacoterapia, suelen presentarse patologías como la tuberculosis, inflamaciones criptocócica, contagios bacterianos peligrosos, diferentes tipos de cáncer. (17) (OMS)

– **Farmacoterapia del VIH/Sida**

Se denomina terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) a la farmacoterapia prescrita en casos de contagio del VIH.

En el TARGA se combinan fármacos para enfrentar al VIH, que van a constituir el régimen de medicación, que se administra con una frecuencia diaria.

El TARGA es indicado a todo paciente que presenta anticuerpos del sida en el suero sanguíneo, siendo de imperiosa necesidad, el inicio inmediato del TARGA, que lamentablemente, no curará ni evitará el avance de la enfermedad, pero la farmacoterapia proporcionará una mejor calidad de vida al paciente seropositivo y reducirá el peligro de contagio del VIH.

La finalidad primordial de la farmacoterapia frente al VIH es minimizar la carga de virus del paciente, a unos niveles mínimos, donde la proporción del VIH sanguíneo sea tan reducida, que sea indetectable en los análisis de carga viral, para de esta forma, no representen el peligro de provocar la transmisión del VIH mediante el sexo.

En síntesis, el VIH acomete y desintegra al sistema inmune natural que enfrenta a los contagios. La destrucción de los linfocitos CD4 imposibilita que el organismo combata la infección y cánceres asociados al VIH.

La farmacoterapia que enfrenta al VIH, inhibe la replicación viral, reduciendo la proporción del VIH en el organismo, con lo que el sistema inmune tendrá la oportunidad de recuperación, al incrementar la producción de las células linfocitos CD4, encargadas de la inmunidad, que, aunque permanezca latente el VIH en el organismo, el sistema inmune podrá fortalecerse y enfrentar los contagios y cánceres asociados al VIH.

Asimismo, la inhibición de la carga viral en el organismo, alcanzada a través de la farmacoterapia, minimiza el peligro contagio del VIH. (18) (HIVinfo).

– **Adherencia al tratamiento**

Es la valoración del nivel de cumplimiento por parte del paciente, de las indicaciones del profesional que presta la intervención sanitaria, referente al consumo de los fármacos (debe ser mayor al 95%), regímenes de alimentación, cambios y mejoras en el estilo vida.

– **Posibles causas del no cumplimiento farmacológico**

Ocurrencia de olvido en la toma del medicamento

No comprendió o malentendió lo indicado

Ocurrencia de efectos adversos al medicamento

Características sensoriales desagradables del medicamento

Cambio de hábitos al consumir el medicamento, que pueden ser considerados incómodos

La repetición y frecuencia de la toma del medicamento

Indicaciones complejas sobre el consumo del medicamento

Negación de la dolencia, para olvidar la enfermedad

Desconfiar o considerar innecesario al fármaco

Considerar equivocadamente que el tratamiento prescrito ya ha tenido un tiempo suficiente

Preocupación a depender del medicamento

Intranquilidad por el costo de la medicación

Considerar sin importancia el alivio o curación de la dolencia

Inconvenientes al momento de destapar los frascos, tratar las tabletas o no poder conseguir los medicamentos

Suspicias al interactuar con el equipo sanitario. (19) (Valverde M).

– **Deserción al tratamiento antirretroviral**

La deserción al tratamiento antirretroviral ocurre cuando el enfermo no asiste a la recepción de la medicación por más de un mes consecutivo o cuando el enfermo con referencia a algún otro centro de salud y no se llega a corroborar su admisión. (20) (Minsa)

– **Adhesión al régimen antirretroviral**

La adhesión al régimen antirretroviral se refiere a la conducta del paciente con diagnóstico de VIH/SIDA, que cumple con el consumo de la medicación antirretroviral, siguiendo además con el tratamiento alimenticio y realizando variaciones en el estilo de su existencia, acorde con las advertencias de los profesionales sanitarios. (20) (Minsa)

– **Problemática causada por la falta de adhesión a la farmacoterapia**

Desde mediados de la década de los años noventa, se incrementa la utilización de la farmacoterapia antirretroviral de alta efectividad frente al grave flagelo actual del VIH/SIDA.

Con el empleo de modernas técnicas y procedimientos, se logró un progreso notable en el tratamiento del VIH/SIDA, con lo que se consigue dotar de herramientas adecuadas a la medicina frente a esta enfermedad, siendo de importancia destacar que también se debe mejorar la relación con el enfermo, para incrementar a su vez, la adhesión al tratamiento farmacológico; Estas modernas técnicas y procedimientos lograron el cambio favorable en la predicción del desenvolvimiento de la enfermedad, alcanzándose la disminución de casos de ataque de microorganismos

patógenos que aprovechan las bajas defensas del paciente con VIH/SIDA, lo que incrementa sus esperanzas y calidad de vida.

Por tanto, la problemática causada por la falta de adhesión a la farmacoterapia del VIH/SIDA es una realidad que se está incrementando en la actualidad convirtiéndose en un problema de salud pública bastante grave, ya que la medicación vera disminuida su efectividad al no seguirse estrictamente con el régimen de medicación. También existe una problemática asociada al uso del fármaco, como las reacciones adversas que pueden ser provocadas por la medicación, pacientes a los que no le es efectiva la medicación y la resistencia microbiana a los fármacos, que se puede presentar frecuentemente, sobre todo en el caso de los tratamientos farmacológicos prolongados o en la polifarmacia

Es necesario solamente incrementar la investigación e inversión en el desarrollo de nuevos fármacos y esquemas terapéutico e incidir en la transmisión de información a la sociedad en general y sobre todo a los grupos poblacionales que pueden ser vulnerables al contagio. La enfermedad del VIH/SIDA ataca a la sociedad a escala mundial, por lo que enfrentarla es responsabilidad de todos, debiéndose educar a las personas para evitar el contagio y asistir al paciente ya infectado, evitándose la promiscuidad y las prácticas que pudieran hacer vulnerables a las personas.

La farmacoterapia moderna empleada frente al VIH/SIDA, utiliza la asociación de fármacos que interactúan para alcanzar la meta de evitar la multiplicación del virus y mejorar el estado inmunológico del paciente; pero la falta de adhesión a la farmacoterapia antirretroviral VIH/SIDA, se constituye en una barrera que frena el avance tecnológico empleado en la lucha frente a esta grave enfermedad, que cuenta con una elevada transmisibilidad, por lo que las naciones implementan programas de atención al paciente, desarrollando actividades de ayuda, previsión, inspección y registro de la enfermedad. (21) (Margulies S. Et al)

1.3. Marco conceptual. (20) (Minsa).

- Accidente laboral. Circunstancia donde un trabajador de la salud, está en peligro por contacto directo con líquidos biológicamente contaminados, puede causarse una contaminación a través de heridas, membranas, por manipuleo de instrumentales de cirugías o médico, al realizar sus actividades laborales de transporte o desecho de elementos considerados contaminados.
- Alejamiento del TARV. Estado en el que el enfermo, no asiste por más de un mes, sin previo aviso, al centro de salud donde recibe la farmacoterapia, o ante un traslado de un centro de salud de atención a otro, sin haberse podido corroborar, el reinicio del tratamiento en el nuevo centro de salud.

- Caso de origen. Persona enferma con VIH al cual se le tomó una muestra biológica y que, al momento de ser analizado, representa un peligro para el profesional sanitario que lo analiza
- Contagio corroborado del VIH. Paciente al cual se le ha realizado un análisis reactivo con resultado positivo y un segundo análisis de confirmación con resultado también positivo.
- Contagio reciente por VIH. Momento cercano a la infección por el VIH, en esta etapa los virus y anticuerpos nos son detectables, pero por la sintomatología se puede presumir existencia.
- Conteo viral (CV). Método de cuenta de la cantidad de replicación del virus, que discurre en la sangre del paciente con VIH, se expresa como cantidad de virus presentes en un mililitro de plasma de sangre.
- Cuidado completo. Es el cuidado dirigido a pacientes portadores del VIH, según su esperanza de vida y requerimiento sanitario, orientado a la obtención del mejoramiento de su condición de existencia.
- Desinfección después de haberse expuesto al VIH. Tratamiento contra el virus administrado a una persona que ha estado expuesta al contagio del VIH, por riesgo laboral o no laboral.
- Dispensación. Acción inherente al profesional Químico Farmacéutico en el suministro de la medicación al enfermo consumidor, mediante la exhibición de la prescripción del profesional sanitario acreditado; debiendo realizar en este acto profesional, el proporcionar la orientación e información de la utilización adecuada del medicamento, efecto perjudicial para la salud, interacción entre medicamentos y adecuada mantenimiento y almacenamiento del medicamento.
- Enfermo con medicación. Enfermo Es todo paciente que está actualmente recibiendo el TARV.
- Enfermo incorporado. Enfermo que se incorpora recién al tratamiento TARV, no habiendo recibido antes tratamiento para la enfermedad.
- Enfermo reciente. Enfermo que anteriormente no ha tenido TARV ni cuadro de medicación contra el virus.
- Farmacovigilancia. Actividad profesional en relación a detectar, evaluar, discernir y precaver, sucesos perjudiciales a la salud por causa del consumo de un medicamento prescrito.
- Interacción entre medicamentos. Es la consecuencia causada por la interacción de dos o más medicamentos, lo que provoca que uno de los ingredientes farmacológicamente activo, altere su efecto farmacoterapéutico

- Junta de peritos en cuidado holístico del paciente con infección de VIH - SIDA. Junta encargada de brindar asistencia técnica en el manejo de los pacientes con infección por VIH, con responsabilidad de determinar la farmacoterapia antirretroviral según el modelo establecido.
- Local que brinda atención de salud TARV. Servicio de salud dotado con el equipamiento de profesionales de la salud, equipos de laboratorio y medicación, para la atención holística del paciente con VIH.
- Medicación de recuperación. Medicación designada para enfermos con VIH, que han fallado a la medicación inicial.
- Medicación inicial. Medicación prescrita al enfermo con VIH, que es atendido y prescrito por primera vez.
- Método de ensayo inmediato para detección del VIH. Ensayo analítico con resultado inmediato para detectar inmediatamente al VIH.
- Pareja sin contagio. Es la pareja sin diagnóstico positivo, de un paciente que cuenta con diagnóstico y tratamiento antirretroviral, esto quiere decir, que uno tiene el contagio y el otro no lo tiene.
- Persona coinfectada con TBC - VIH. Es aquel paciente que cuenta con la diagnosis coexistente de TBC y VIH.
- Reacción perjudicial al fármaco. Efecto perjudicial no programada, luego de la administración de un fármaco en el paciente, que puede provocarle la alteración de sus actividades fisiológicas, con un efecto mínimo, mesurado o peligroso.
- Representante de apoyo a la comunidad. Aquella persona que puede ser de la familia o que libremente decide participar ayudando al paciente, mediante la compañía, apoyo afectivo, control, con la finalidad de reforzar adhesión al procedimiento médico y enseñanza en salud.
- Tecnovigilancia. Medidas aplicadas que permiten prevenir, detectar, investigar, evaluar y divulgación fusión de los datos recolectados sobre efecto desfavorable o posiblemente desfavorable al fármaco, o instrumentos de uso médico, que puede provocar perjuicio en la salud del paciente.
- Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARV). Mezcla programada y racional de tres o más fármacos de efecto antirretroviral, con capacidad de reducir la proporción del virus en la sangre, inclusive pudiendo hacerlo llegar a una condición de indetectabilidad, beneficiando al paciente en su mejoría por la infección del VIH.
- Vigilancia farmacoterapéutica. Es el acto profesional realizado por el profesional Químico Farmacéutico, en el cual se realiza la orientación y supervisión al enfermo, referente a la ejecución de la prescripción farmacoterapéutica, con la finalidad de

evitar la ocurrencia de efectos perjudiciales a la salud por el consumo inadecuado de medicamentos prescritos.

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1. Planteamiento del problema.

La ocurrencia de las enfermedades, hace de necesidad la realización de una consulta médica, lo que conlleva a la obtención de un diagnóstico y una prescripción médica; luego, es necesario realizar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico; entonces, un factor importante para poder alcanzar los objetivos terapéuticos del tratamiento de la enfermedad es el cumplimiento o adherencia al tratamiento prescrito.

El cumplimiento del tratamiento prescrito, por parte del paciente y de las personas que lo apoyan, guarda relación tanto con el medicamento, alimentación y mejoras en las costumbres diarias, las que son aconsejadas por el médico tratante y el equipo de profesionales de la salud.

Por lo tanto, al no cumplirse con los consejos del médico tratante y el equipo de profesionales de la salud, se estaría produciendo un caso de falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico recetado, lo que podría ocasionar, según la escala y enfermedad en la que se presente, en una contingencia grave de salud pública.

El VIH/Sida, es una grave enfermedad, hasta el momento incurable, que pudiera estar siendo descuidada a consecuencia del Covid 2019, más aun, esta enfermedad presenta una elevada tasa de no adherencia al tratamiento, situación que se constituye en un problema de salud pública que es necesario atender, ya que los estragos que causa, tanto a nivel físico y psicológico, son irreversibles

Los tratamientos farmacológicos modernos y los esquemas sanitarios actuales, deben ser seguidos minuciosamente, en este contexto, la adherencia al tratamiento, se constituye en un factor de vital importancia, que va a permitir alcanzar los objetivos terapéuticos programados para poder confrontar a esta grave enfermedad del VIH/Sida, proporcionando el mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

2.2. Formulación del problema

– Problema principal

¿Existen factores que influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud?

– Problemas específicos

¿Las condiciones sociodemográficas influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de

Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud?

¿El entendimiento de la enfermedad influencia en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud?

¿La autopercepción de la atención del personal sanitario recibida influenciará en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud?

2.3. Justificación e importancia

Al presentarse una determinada enfermedad, se hace necesario asistir al médico para el diagnóstico, medicación y atención; más aún, en el caso de enfermedades altamente contagiosas y peligrosas como el VIH/Sida, para alcanzar los objetivos terapéuticos, es necesario llevar a cabo la adhesión estricta al tratamiento prescrito, debiéndose evidenciar por parte del paciente y de las personas que lo apoyan, el cumplimiento del consumo del medicamento, alimentación y mejoras en las costumbres diarias, aconsejadas por el equipo de profesionales de la salud; el no cumplimiento, implica la ocurrencia de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico recomendado, ocasionándose, una situación que pone en riesgo a la salud de la población.

El VIH/Sida, es una terrible enfermedad incurable, que puede haber sido relegada en cuando a importancia por la población y que a consecuencia de la epidemia de Covid 2019, podría no estar siendo monitorizada adecuadamente, lo que hace de necesidad e importancia, realizar la investigación planteada, para recolectar información sobre las prácticas y actitudes de los pacientes diagnosticados con VIH/Sida, enfermedad que de por sí, presenta elevadas tasas de no adherencia al tratamiento, situación problemática de salud pública, que merece ser observada, por los graves e irreversibles trastornos físicos y psicológicos que provoca.

La farmacología, equipos de diagnóstico y esquemas sanitarios modernos, no tendrán el efecto adecuado, de no existir una adecuada promoción de la adhesión al tratamiento, lo que va a posibilitar el alcanzar las metas terapéuticas planificadas frente al VIH/Sida.

2.4. Objetivos

2.4.1. Objetivo general

Describir los factores que influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud

2.4.2. Objetivos específicos

- Describir las condiciones sociodemográficas que influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EsSalud
- Determinar la influencia del entendimiento de la enfermedad en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EsSalud
- Determinar la influencia de la atención del personal sanitario en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EsSalud

2.5. Hipótesis y variables

2.5.1. Hipótesis

- **Hipótesis general**

Existen factores que influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

- **Hipótesis específicas**

Las condiciones sociodemográficas influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

El entendimiento de la enfermedad influye en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

La atención del personal sanitario influye en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

2.5.2. Variables

– **Variable independiente**

Adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

– **Variables dependientes**

Condiciones sociodemográficas

Entendimiento de la enfermedad

Atención del personal sanitario

2.6. Estrategia metodológica

2.6.1. Tipo, nivel y diseño de Investigación

El tipo de investigación es básico y aplicado, ya que tendrá la finalidad de recolectar información y servir de medio correctivo y de mejoramiento de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

El nivel de la investigación es descriptivo y cualitativo, ya que describirá los factores que influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

El diseño de la investigación es no experimental, pues no se efectuará manipulación alguna en las variables en estudio.

2.6.2. Población, muestra y muestreo.

– **Población**

Pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

Muestra

Se aplicó una fórmula estadística muestral, para determinar el número de pacientes que fue tomado de la población en estudio, que luego de hacerse conocer los motivos de la realización de la investigación, aceptaron participar voluntariamente en la investigación, mediante la firma del consentimiento informado.

El tamaño de la muestra en estudio se cuantificó a través de la utilización de la fórmula estadística, se tuvo como referencia que son 167 los pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EsSalud

$$n = \frac{z^2 pqN}{E^2 (N - 1) + z^2 pq}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población (150)

z = 1.96 (Valor estadístico de Z al 95% de confianza)

p = 0.50

q = 0.50

E = 0.05 (Error muestral al 5%)

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.50 \times 0.50 \times 168}{0.05^2 (168 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 42}{0.0025 (167) + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{161.3472}{1.3779}$$

$$n = 117.0964$$

$$n = 117$$

El tamaño de la muestra será de ciento diecisiete (117) individuos

– **Muestreo**

El muestreo se realizó por conveniencia.

2.6.3. Criterios de inclusión y exclusión.

– **Criterios de inclusión**

Ser paciente adulto

Tener diagnóstico de VIH/Sida

Ser atendido en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

Expresar su libre consentimiento para colaborar en la investigación

– **Criterios de exclusión**

No ser paciente adulto

No tener diagnóstico de VIH/Sida

No ser atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

Expresar el no consentimiento para colaborar en la investigación

2.6.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos.

– **Técnicas**

Se exploró e identificó la información relevante de origen *on line*.

Se exploró e identificó la información relevante de origen física.

Se realizó el ordenamiento, análisis e interpretación de la información recolectada mediante el instrumento

– **Instrumento**

Formato de encuesta que fue aplicado presencialmente al momento en que se realizó la consulta médica en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

2.6.5. Procedimiento de recolección de datos

La recolección de la información, se realizará mediante el siguiente proceso de actividades:

- Se realizó en forma permanente la revisión bibliográfica
- Se construyó el formato de recolección de información.
- Se identificó a la población en estudio.
- Se determinó el tamaño muestral.
- Se recolectó la información mediante la aplicación del formato de encuesta en la población en estudio
- La información recolectada se ordenó y analizó
- Se realizó la tabulación de los datos.
- Se elaboraron las tablas y gráficos
- Se analizaron las tablas y gráficos.
- Se construyó el informe final de investigación.
- Se revisó y evaluó el informe final.

2.6.6. Técnicas de procesamiento, análisis e interpretación de datos

Las técnicas de procesamiento e interpretación serán las siguientes:

- Se realizó el consolidado de la información recolectada en los formatos de encuesta

- La información recolectada se trasladó a la base de datos de la investigación, para su análisis.
- Los programas digitales empleados para la elaboración de las tablas y gráficos fue Excel 2019 y para el procesamiento de texto fue Word 2019 de Microsoft Office
- La información recolectada se ordenó y presentó mediante tablas y gráficos.

2.6.7.Ámbito de estudio

El estudio se realizó en los siguientes lugares:

- Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga
- Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.

2.6.8. Aspectos éticos en la investigación

Se respetó en todo momento, los tres principios básicos de la ética en la investigación, indicados a continuación:

- Consideración al individuo, se trató a cada persona como un ser autónomo, protegiendo a aquellas que pudieran estar en estado de vulnerabilidad.
- Beneficio, no se provocó perjuicio al individuo participante, extremando el beneficio y reduciendo la posibilidad del riesgo a la persona; es necesario indicar que el beneficio no consiste en la caridad, sino en la responsabilidad que atañe al examinador.
- Equidad, se ofreció un tratamiento imparcial a cada individuo participante, mediante la distribución equitativa del beneficio u obligación cargas relacionada al estudio.

Por todo esto, se realizó la aplicación del consentimiento informado potestativo, diseñado para realizar la reserva de la identidad e información personal; la firma del consentimiento informado potestativo implica la libre disponibilidad para el retiro voluntario de la investigación, cuando la persona lo decida e indique; asimismo, la intención para realizar el estudio, fue el de beneficiar a la comunidad implicada, tomándose la ponderación del caso para mantener la reserva adecuada de la información individual

III. RESULTADOS

3.1. Datos generales

3.1.1. Distribución de la muestra según sexo

| Tabla 1 | | | |
|--|-----------------|------------------|--------------|
| Distribución de la muestra según sexo | | | |
| Sexo | Femenino | Masculino | Total |
| Número | 46 | 71 | 117 |
| % | 39.31 | 60.68 | 100.0 |

Datos obtenidos en la investigación

3.1.2. Distribución de la muestra según sexo y rango etario

| Tabla 2 | | | | | | |
|---|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y rango etario | | | | | | |
| Edad | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| 18 – 25 | 9 | 7.69 | 32 | 27.35 | 41 | 35.04 |
| 26 - 35 | 11 | 9.40 | 12 | 10.26 | 23 | 19.66 |
| 36 - 45 | 16 | 13.68 | 16 | 13.68 | 32 | 27.35 |
| 46 - 55 | 10 | 8.55 | 11 | 10.26 | 21 | 17.95 |
| 56 - 70 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| 71 a más | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.1.3. Distribución de la muestra según sexo y estado civil

| Tabla 3 | | | | | | |
|---|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y estado civil | | | | | | |
| Estado civil | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Soltero(a) | 8 | 6.84 | 14 | 11.97 | 22 | 18.80 |
| Casado(a) | 3 | 2.56 | 4 | 3.42 | 7 | 5.98 |
| Viudo(a) | 12 | 10.26 | 15 | 12.82 | 27 | 23.08 |
| Divorciado(a) | 19 | 16.24 | 32 | 27.35 | 51 | 43.59 |
| Conviviente | 4 | 3.42 | 6 | 5.13 | 10 | 8.55 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.2. Datos sobre el estado de salud

3.2.1. Distribución de la muestra según sexo y enfermedades asociadas

| Tabla 4 | | | | | | | |
|--|------------------------------|-------|-----------|-------|-------|--------|-------|
| Distribución de la muestra según sexo y enfermedades asociadas | | | | | | | |
| ¿Tiene diagnóstico de alguna otra enfermedad además del VIH/SIDA? ¿Cuál es? | Femenino | | Masculino | | Total | | |
| | # | % | # | % | # | % | |
| Si | Diabetes | 8 | 6.84 | 9 | 7.69 | 17 | 14.53 |
| | Hipertensión arterial | 5 | 4.27 | 16 | 13.68 | 21 | 17.95 |
| | Hipertrigliceridemia | 11 | 9.40 | 12 | 10.26 | 23 | 19.66 |
| | Cáncer | 2 | 1.71 | 6 | 5.13 | 8 | 6.84 |
| | Otro | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| | Total si | 26 | 22.22 | 43 | 36.75 | 69 | 58.97 |
| No | 20 | 17.09 | 28 | 23.93 | 48 | 41.03 | |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 | |

Datos obtenidos en la investigación

3.2.2. Distribución de la muestra según sexo y tiempo transcurrido entre el diagnóstico del VIH/Sida y recurrir a la orientación y tratamiento TARGA

| Tabla 5 | | | | | | |
|---|----------|-------|-----------|-------|-------|--------|
| Distribución de la muestra según sexo y tiempo transcurrido entre el diagnóstico del VIH/Sida y acudir a recibir orientación y tratamiento TARGA | | | | | | |
| Tiempo transcurrido | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Inmediatamente | 41 | 35.04 | 68 | 58.12 | 109 | 93.16 |
| Menos de seis meses | 3 | 2.56 | 2 | 1.71 | 5 | 4.27 |
| Entre seis meses y un año | 1 | 0.85 | 1 | 0.85 | 2 | 1.71 |
| Mas de un año | 1 | 0.85 | 0 | 0.00 | 1 | 0.85 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.3. Datos socioeconómicos

3.3.1. Distribución de la muestra según sexo y actividades laborales

| Tabla 6 | | | | | | | |
|---|-----------------|-------|-----------|-------|-------|--------|-------|
| Distribución de la muestra según sexo y actividades laborales | | | | | | | |
| ¿Percibe ingresos por actividades laborales? ¿Qué actividad laboral realiza? | Femenino | | Masculino | | Total | | |
| | # | % | # | % | # | % | |
| Si | Empleado | 6 | 5.13 | 19 | 16.24 | 25 | 21.37 |
| | Obrero | 11 | 9.40 | 9 | 7.69 | 20 | 17.09 |
| | Comerciante | 15 | 12.82 | 22 | 18.80 | 37 | 31.62 |
| | Otro | 4 | 3.42 | 7 | 5.98 | 11 | 9.40 |
| | Total si | 36 | 30.77 | 57 | 48.72 | 93 | 79.49 |
| No | 10 | 8.55 | 14 | 11.97 | 24 | 20.51 | |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 | |

Datos obtenidos en la investigación

3.3.2. Distribución de la muestra según sexo y recibir apoyo familiar y social (económico, alimentario u otros)

| Tabla 7 | | | | | | |
|--|----------|-------|-----------|-------|-------|--------|
| Distribución de la muestra según sexo y recibir apoyo familiar y social (económico, alimentario u otros) | | | | | | |
| Recibe apoyo familiar y social (económico, alimentario u otros) | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Si | 32 | 27.35 | 36 | 30.77 | 68 | 58.12 |
| No | 14 | 11.97 | 35 | 29.91 | 49 | 41.88 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.3.3. Distribución de la muestra según sexo y consideración de suficiencia de ingresos económicos recibidos para afrontar la enfermedad y el sostenimiento familiar

| Tabla 8 | | | | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y el considerar que los ingresos económicos recibidos le alcanzan para afrontar la enfermedad y el sostenimiento familiar | | | | | | |
| Considera que sus ingresos económicos le alcanzan | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Si | 19 | 16.24 | 18 | 15.38 | 37 | 31.62 |
| No | 27 | 23.08 | 53 | 45.30 | 80 | 68.38 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.3.4. Distribución de la muestra según sexo e ingreso económico mensual

| Tabla 9 | | | | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo e ingreso económico mensual | | | | | | |
| Ingreso económico | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Menos de 500 soles | 32 | 27.35 | 34 | 29.06 | 66 | 56.41 |
| De 500 a 700 soles | 7 | 5.98 | 18 | 15.38 | 25 | 21.37 |
| De 700 a 800 soles | 5 | 4.27 | 11 | 9.40 | 16 | 13.68 |
| De 800 a 1,000 soles | 2 | 1.71 | 4 | 3.42 | 6 | 5.13 |
| Mas de 1,000 soles | 0 | 0.00 | 4 | 3.42 | 4 | 3.42 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.3.5. Distribución de la muestra según sexo y recibir apoyo familiar o social en la asistencia con la medicación, tratamiento y sustento

| Tabla 10 | | | | | | |
|---|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y recibir apoyo familiar o social en la asistencia con la medicación, tratamiento y sustento | | | | | | |
| Recibe apoyo familiar y social con la medicación y tratamiento | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Si | 32 | 27.35 | 47 | 40.17 | 79 | 67.52 |
| No | 14 | 11.97 | 24 | 20.51 | 38 | 32.48 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.3.6. Distribución de la muestra según sexo y condición de la vivienda donde habita

| Tabla 11 | | | | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y condición de la vivienda donde habita | | | | | | |
| La vivienda que habita es | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Propia | 21 | 17.95 | 24 | 20.51 | 45 | 38.46 |
| Alquilada | 8 | 6.84 | 12 | 10.26 | 20 | 17.09 |
| Familiar | 16 | 13.68 | 28 | 23.93 | 44 | 37.61 |
| Otra | 1 | 0.85 | 7 | 5.98 | 8 | 6.84 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.3.7. Distribución de la muestra según sexo y personas a quienes ha comunicado el ser paciente con la enfermedad del VIH/SIDA

| Tabla 12 | | | | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y personas a quienes ha comunicado el ser paciente con la enfermedad del VIH/SIDA | | | | | | |
| Personas | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Solo yo | 9 | 7.69 | 8 | 6.84 | 17 | 14.53 |
| Mi pareja | 26 | 22.22 | 42 | 35.90 | 68 | 58.12 |
| Familiares | 3 | 2.56 | 7 | 5.98 | 10 | 8.55 |
| Amistades | 0 | 0.00 | 2 | 1.71 | 2 | 7.71 |
| Compañeros de trabajo | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Grupo de ayuda | 8 | 6.84 | 12 | 10.26 | 20 | 17.09 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.3.8. Distribución de la muestra según sexo y sentirse discriminado por la enfermedad

| Tabla 13 | | | | | | | |
|--|-------------------------|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y sentirse discriminado por su enfermedad | | | | | | | |
| ¿Se siente discriminado? ¿De qué forma? | | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | | # | % | # | % | # | % |
| Si | Me ofenden | 2 | 1.71 | 3 | 2.56 | 5 | 4.27 |
| | No me hablan | 16 | 13.68 | 32 | 27.35 | 48 | 41.03 |
| | No se me acercan | 21 | 17.95 | 34 | 29.10 | 55 | 47.01 |
| | Otro | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| | Total si | 39 | 33.33 | 69 | 58.97 | 108 | 92.31 |
| No | | 7 | 5.98 | 2 | 1.71 | 9 | 7.69 |
| Total | | 46 | 39.32 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.3.9. Distribución de la muestra según sexo y consumo de sustancias nocivas

| Tabla 14 | | | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y consumo de sustancias nocivas para la salud | | | | | | | |
| Consumo de sustancias nocivas | | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | | # | % | # | % | # | % |
| Si | Tabaco | 2 | 1.71 | 13 | 11.11 | 15 | 12.82 |
| | Alcohol | 5 | 4.27 | 28 | 23.93 | 33 | 28.21 |
| | Drogas | 2 | 1.71 | 9 | 7.69 | 11 | 9.40 |
| | Otros | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| | Total si | 9 | 7.69 | 50 | 42.74 | 59 | 50.43 |
| No | | 57 | 48.72 | 21 | 17.95 | 78 | 66.67 |
| Total | | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.4. Datos educativos

3.4.1. Distribución de la muestra según sexo y nivel educativo

| Tabla 15 | | | | | | | |
|--|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y nivel educativo | | | | | | | |
| Nivel de estudios | | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | | # | % | # | % | # | % |
| Sin estudios | | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 |
| Primaria | | 1 | 0.85 | 3 | 2.56 | 4 | 3.42 |
| Secundaria | | 21 | 17.95 | 38 | 32.48 | 59 | 50.43 |
| Técnico | | 17 | 14.53 | 19 | 16.24 | 36 | 30.77 |
| Universitario | | 7 | 5.98 | 11 | 9.40 | 18 | 15.38 |
| Total | | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.5. Datos sobre su estado de animo

3.5.1. Distribución de la muestra según sexo y sentirse triste, deprimido o desanimado a consecuencia de la enfermedad

| Tabla 16 | | | | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y sentirse triste, deprimido o desanimado a consecuencia de la enfermedad | | | | | | |
| Sentirse triste, deprimido o desanimado | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Si | 38 | 32.47 | 62 | 52.99 | 100 | 85.47 |
| No | 8 | 6.84 | 9 | 7.69 | 17 | 14.53 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.5.2. Distribución de la muestra según sexo y frecuencia de sentirse triste, deprimido o desanimado a consecuencia de la enfermedad

| Tabla 17 | | | | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y frecuencia de sentirse triste, deprimido o desanimado a consecuencia de la enfermedad | | | | | | |
| Frecuencia de sentirse triste, deprimido o desanimado | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Siempre | 21 | 17.94 | 54 | 46.15 | 75 | 64.10 |
| Frecuentemente | 19 | 16.24 | 16 | 13.68 | 35 | 29.91 |
| Raras veces | 6 | 5.13 | 1 | 0.85 | 7 | 5.98 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.5.3. Distribución de la muestra según sexo y haber recibido atención psicológica para mejorar su estado de ánimo

| Tabla 18 | | | | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y haber recibido atención psicológica para mejorar su estado de animo | | | | | | |
| Haber recibido atención psicológica | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Si | 41 | 35.04 | 67 | 57.26 | 108 | 92.31 |
| No | 5 | 4.27 | 4 | 3.42 | 9 | 7.69 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.5.4. Distribución de la muestra según sexo y la percepción de necesitar el incremento de la frecuencia de la atención psicológica para mejorar su estado de animo

| Tabla 19 | | | | | | |
|---|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y la autopercepción de necesitar el incremento de la frecuencia de la atención psicológica para mejorar su estado de ánimo | | | | | | |
| Necesitar el incremento de la frecuencia de la atención psicológica | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Si | 39 | 33.33 | 68 | 58.12 | 107 | 91.45 |
| No | 7 | 5.98 | 3 | 2.56 | 10 | 8.55 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.6. Información sobre la adherencia al tratamiento al tratamiento antirretroviral

3.6.1. Distribución de la muestra según sexo y motivación al abandono de la medicación antirretroviral

| Tabla 20 | | | | | | | |
|---|--|----------|-------|-----------|-------|-------|--------|
| Distribución de la muestra según sexo y abandono de la medicación antirretroviral | | | | | | | |
| Motivación del abandono de la medicación | | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | | # | % | # | % | # | % |
| Si | Por ser demasiados medicamentos | 5 | 4.27 | 8 | 6.84 | 13 | 11.11 |
| | Porque me provocan reacciones adversas | 6 | 5.13 | 9 | 7.69 | 15 | 12.82 |
| | Porque las tomas son bastante frecuentes | 4 | 3.42 | 6 | 5.13 | 10 | 8.55 |
| | Porque producen cambios en mi vida | 3 | 2.56 | 1 | 0.85 | 4 | 3.42 |
| | Total si | 18 | 15.38 | 24 | 20.51 | 42 | 35.90 |
| No | | 28 | 23.93 | 47 | 40.17 | 75 | 64.10 |
| Total | | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.6.2. Distribución de la muestra según sexo y tiempo de duración del abandono de la medicación antirretroviral

| Tabla 21 | | | | | | | |
|--|--------------------|----------|-------|-----------|-------|-------|--------|
| Distribución de la muestra según sexo y tiempo de duración del abandono de la medicación antirretroviral | | | | | | | |
| Tiempo de abandono de la medicación | | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | | # | % | # | % | # | % |
| Si | Un día | 8 | 6.84 | 7 | 5.98 | 15 | 12.82 |
| | Menos de tres días | 4 | 3.42 | 6 | 5.13 | 10 | 8.55 |
| | De cuatro a siete | 5 | 4.27 | 9 | 7.69 | 14 | 11.97 |
| | Un mes o mas | 1 | 0.85 | 2 | 1.71 | 3 | 2.56 |
| | Total si | 18 | 15.38 | 24 | 20.51 | 42 | 35.90 |
| No | | 28 | 23.93 | 47 | 40.17 | 75 | 64.10 |
| Total | | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.6.3. Distribución de la muestra según sexo y cumplimiento de los horarios de consumo del medicamento

| Tabla 22 | | | | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y cumplimiento de los horarios de consumo del medicamento | | | | | | |
| Cumplimiento de los horarios de consumo del medicamento | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Si | 34 | 29.06 | 49 | 41.88 | 83 | 70.94 |
| No | 12 | 10.26 | 22 | 18.80 | 34 | 29.06 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.6.4. Distribución de la muestra según sexo y consumo del medicamento junto al alimento

| Tabla 23 | | | | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y consumo del medicamento junto al alimento | | | | | | |
| Consumo de medicamentos junto al alimento | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Si | 25 | 21.37 | 49 | 41.88 | 74 | 63.25 |
| No | 21 | 17.95 | 22 | 18.80 | 43 | 36.75 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.6.5. Distribución de la muestra según sexo y cumplimiento del régimen alimentario

| Tabla 24 | | | | | | | |
|---|---|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y cumplimiento del régimen alimentario | | | | | | | |
| Cumplimiento del régimen alimentario | | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | | # | % | # | % | # | % |
| Si | | 29 | 24.79 | 53 | 45.30 | 82 | 70.10 |
| No | No tengo recursos económicos | 8 | 6.84 | 9 | 7.69 | 17 | 14.53 |
| | No tengo quien los prepare | 4 | 3.42 | 6 | 5.13 | 10 | 8.55 |
| | No tengo tiempo para prepararlos | 5 | 4.27 | 3 | 2.56 | 8 | 6.84 |
| | Total no | 17 | 14.53 | 18 | 15.38 | 35 | 29.91 |
| Total | | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.7. Datos sobre la atención sanitaria recibida

3.7.1. Distribución de la muestra según sexo y accesibilidad al Hospital donde recibe la atención de salud

| Tabla 25 | | | | | | | |
|--|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y accesibilidad al Hospital donde recibe la atención de salud | | | | | | | |
| Accesibilidad | | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | | # | % | # | % | # | % |
| Accesible | | 42 | 35.90 | 68 | 58.12 | 110 | 94.02 |
| No accesible | | 4 | 3.42 | 3 | 2.56 | 7 | 5.98 |
| Total | | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.7.2. Distribución de la muestra según sexo femenino y autopercepción de la atención recibida por parte del profesional de la salud

| Tabla 26 | | | | | | | | |
|---|--------------|----------|----------------|----------|-------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo femenino y autopercepción de la atención recibida por parte de los profesionales de la salud | | | | | | | | |
| Autopercepción de atención recibida | Bueno | | Regular | | Malo | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % | # | % |
| Médico | 32 | 27.35 | 8 | 6.84 | 6 | 5.13 | 46 | 100.00 |
| Enfermera | 38 | 32.48 | 7 | 5.98 | 1 | 0.85 | 46 | 100.00 |
| Psicólogo | 36 | 30.77 | 8 | 6.84 | 2 | 1.71 | 46 | 100.00 |
| Farmacéutico | 31 | 26.50 | 8 | 6.84 | 7 | 5.98 | 46 | 100.00 |
| Asistente social | 36 | 30.77 | 9 | 7.69 | 1 | 0.85 | 46 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.7.3. Distribución de la muestra según sexo masculino y autopercepción de la atención recibida por parte del profesional de la salud

| Tabla 27 | | | | | | | | |
|--|--------------|----------|----------------|----------|-------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo masculino y autopercepción de la atención recibida por parte de los profesionales de la salud | | | | | | | | |
| Percepción de atención recibida | Bueno | | Regular | | Malo | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % | # | % |
| Médico | 59 | 50.43 | 7 | 5.98 | 5 | 4.27 | 71 | 100.00 |
| Enfermera | 61 | 52.14 | 4 | 3.42 | 6 | 5.13 | 71 | 100.00 |
| Psicólogo | 64 | 54.70 | 4 | 3.42 | 3 | 2.56 | 71 | 100.00 |
| Farmacéutico | 64 | 54.70 | 5 | 4.27 | 2 | 1.71 | 71 | 100.00 |
| Asistente social | 62 | 52.99 | 7 | 5.98 | 2 | 1.71 | 71 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.7.4. Distribución de la muestra según sexo y entendimiento de la información recibida por parte del profesional de la salud

| Tabla 28 | | | | | | |
|---|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y entendimiento de la información recibida por parte del profesional de la salud | | | | | | |
| Entendimiento de la información recibida | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Entendible | 35 | 29.91 | 58 | 49.57 | 93 | 79.49 |
| Regular | 8 | 6.84 | 12 | 10.26 | 20 | 17.09 |
| No entendible | 3 | 2.56 | 1 | 0.85 | 4 | 3.42 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.7.5. Distribución de la muestra según sexo y satisfacción de la atención de las dudas, preguntas y necesidades del paciente

| Tabla 29 | | | | | | |
|---|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y satisfacción de la atención de dudas, preguntas y necesidades del paciente | | | | | | |
| Atención a las dudas, preguntas y necesidades | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Satisfecho | 34 | 29.06 | 54 | 46.15 | 88 | 75.21 |
| Regular | 10 | 8.55 | 14 | 11.97 | 24 | 20.51 |
| Insatisfecho | 2 | 1.71 | 3 | 2.56 | 5 | 4.27 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

3.7.6. Distribución de la muestra según sexo y grado de satisfacción de la atención sanitaria recibida

| Tabla 30 | | | | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Distribución de la muestra según sexo y grado de satisfacción de la atención sanitaria recibida | | | | | | |
| Grado de satisfacción | Femenino | | Masculino | | Total | |
| | # | % | # | % | # | % |
| Satisfecho | 32 | 27.35 | 58 | 49.58 | 90 | 76.92 |
| Regular | 8 | 6.84 | 4 | 3.42 | 12 | 10.26 |
| Insatisfecho | 6 | 5.13 | 9 | 7.62 | 15 | 12.82 |
| Total | 46 | 39.31 | 71 | 60.68 | 117 | 100.00 |

Datos obtenidos en la investigación

IV. DISCUSIÓN

La investigación planteada titulada: Evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud, se realizó la descripción de las variables en estudio para lograr obtener la información necesaria, cuyos resultados se presentaron y compararon con los antecedentes internacionales, nacionales y locales, según se detalla a continuación:

La población en estudio se compuso por ciento sesenta y nueve pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EsSalud, que, luego de la aplicación de la fórmula estadística, se obteniéndose la cifra de ciento diecisiete (117) pacientes, como muestra en estudio. ^(Página 26)

La muestra en estudio compuesta por ciento diecisiete pacientes, se distribuyó según sexo en cuarenta y seis (39.31%) pacientes de sexo femenino y setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68%). ^(Ver Tabla 1)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y rango etario en el grupo de 36 a 45 años con dieciséis pacientes (13.68 %), seguido en menor proporción por los grupos de 26 a 35 años con once pacientes (9.40 %), de 46 a 55 años con diez pacientes (8.55 %) y de 18 a 25 años con nueve pacientes (7.69 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31%). Asimismo, la muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y rango etario en el grupo de 18 a 25 años con treinta y dos pacientes (27.35 %), seguido en menor proporción por los grupos de 36 a 45 años con dieciséis pacientes (13.68 %), de 26 a 35 años con doce pacientes (10.26 %) y de 46 a 55 años con once pacientes (10.26 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). ^(Ver Tabla 2)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y estado civil en el grupo de divorciados con diecinueve pacientes (16.24 %), seguido en menor proporción por los grupos de viudos con doce pacientes (10.26 %), solteros con ocho pacientes (6.84 %), convivientes con cuatro pacientes (3.42 %) y casados con tres (2.56 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31%). Asimismo, la muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y estado civil en el grupo de divorciados con treinta y dos pacientes (27.35 %), seguido en menor proporción por los grupos de viudos con quince pacientes (12.82 %), solteros con catorce pacientes (11.97 %), convivientes con seis pacientes (5.13 %) y casados con cuatro (3.42 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). ^(Ver Tabla 3)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y enfermedades asociadas en el grupo de hipertrigliceridemias con once pacientes (9.40 %), seguido en menor proporción por el grupo de diabetes con ocho pacientes (6.84 %), hipertensión arterial con cinco pacientes (4.27 %), cáncer con dos pacientes (1.71 %) y veinte pacientes (17.09 %) indicaron que no tienen enfermedades asociadas, totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31%). Asimismo, la muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y enfermedades asociadas en el grupo de hipertensión arterial con dieciséis pacientes (13.68 %), seguido en menor proporción por el grupo de hipertrigliceridemias con doce pacientes (10.26 %), diabetes con nueve pacientes (7.69 %), cáncer con seis pacientes (5.13 %) y veintiocho pacientes (23.93 %) indicaron que no tienen enfermedades asociadas, totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Ver Tabla 4)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y tiempo transcurrido entre el diagnóstico del VIH/SIDA y acudir a recibir orientación y tratamiento TARGA en el grupo de inmediatamente con cuarenta y un pacientes (35.04 %), seguido en menor proporción por el grupo de menos de seis meses con tres pacientes (2.56 %) y los grupos de entre seis meses y más de un año con un paciente (0.85 %) en cada grupo, totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y tiempo transcurrido entre el diagnóstico del VIH/SIDA y acudir a recibir orientación y tratamiento TARGA en el grupo de inmediatamente con sesenta y ocho pacientes (58.12 %), seguido en menor proporción por el grupo de menos de seis meses con dos pacientes (1.71 %) y el grupo de entre seis meses y un año con un paciente (0.85 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Ver Tabla 5)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y percibir ingresos por actividades laborales en el grupo de sí con treinta y seis pacientes (30.77 %) y en el grupo de no con diez (8.55 %), ante la interrogante de cuál es la actividad laboral que realiza se distribuyó en mayor proporción en el grupo de comerciantes con quince pacientes (35.04 %), seguido en menor proporción por el grupo de obreros con once pacientes (9.40 %), el grupo de seis pacientes (5.13 %) y otros con cuatro pacientes (3.42 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y percibir ingresos por actividades laborales en el grupo de sí con cincuenta y siete pacientes (48.12 %) y en el grupo de no con catorce (11.97 %), ante la interrogante de cuál es la actividad laboral que realiza se distribuyó en mayor proporción en el grupo de comerciantes con veintidós pacientes (18.80 %), seguido en menor proporción por el grupo de empleados con diecinueve pacientes (16.24 %), el grupo de obreros con nueve pacientes (7.69 %) y otros

con siete pacientes (5.98 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Ver Tabla 6)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y el recibir apoyo familiar y social (económico, alimentario u otros) en el grupo de si con treinta y dos pacientes (27.35 %) y en el grupo de no con catorce (11.97 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y el recibir apoyo familiar y social (económico, alimentario u otros) en el grupo de si con treinta y seis pacientes (30.77 %) y en el grupo de no con treinta y cinco (29.91 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Ver Tabla 7)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y el considerar que los ingresos económicos recibidos le alcanzan para afrontar la enfermedad y el sostenimiento familiar, en el grupo de si con diecinueve pacientes (16.24 %) y en el grupo de no con veintisiete (23.08 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y el considerar que los ingresos económicos recibidos le alcanzan para afrontar la enfermedad y el sostenimiento familiar, en el grupo de si con dieciocho pacientes (15.38 %) y en el grupo de no con cincuenta y tres (45.30 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Ver Tabla 8)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino e ingreso económico mensual en el grupo de menos de 500 soles con treinta y dos pacientes (27.35 %), seguido en menor proporción por el grupo de 500 a 700 soles con siete pacientes (5.98 %), el grupo de 700 a 800 soles con cinco pacientes (4.27 %), el grupo de 800 a 1,000 soles con dos pacientes (1.71 %) y más de 1,000 soles con ningún paciente (0.00%), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino e ingreso económico mensual en el grupo de menos de 500 soles con treinta y cuatro pacientes (29.06 %), seguido en menor proporción por el grupo de 500 a 700 soles con dieciocho pacientes (15.38 %), el grupo de 700 a 800 soles con once pacientes (9.40 %) y los grupos de 800 a 1,000 soles y el de más de 1,000 soles con cuatro pacientes (3.42 %) en cada uno, totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Ver Tabla 9)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y el recibir apoyo familiar o social en la asistencia con la medicación, tratamiento y sustento, en el grupo de si con treinta y dos pacientes (27.35 %) y en el grupo de no con catorce (11.97 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y el recibir apoyo familiar o social en la asistencia con la medicación, tratamiento y sustento, en el grupo de si con

cuarenta y siete pacientes (40.17 %) y en el grupo de no con veinticuatro pacientes (20.51 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Ver Tabla 10)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y condición de la vivienda donde habita en el grupo de propia con veintiún pacientes (17.95 %), seguido en menor proporción por el grupo de familiar con dieciséis pacientes (13.68 %), el grupo de alquilada con ocho pacientes (6.84 %) y el grupo de otra con un paciente (0.85 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y condición de la vivienda donde habita, en el grupo de familiar con veintiocho pacientes (23.93 %), seguido en menor proporción por el grupo de propia con veinticuatro pacientes (20.51 %), el grupo de alquilada con doce pacientes (10.26 %) y el grupo de otra con siete pacientes (5.98 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Ver Tabla 11)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y personas a quienes ha comunicado el ser paciente con la enfermedad del VIH/SIDA, en el grupo de mi pareja con veintiséis pacientes (22.22 %), seguido en menor proporción por el grupo de solo yo con nueve pacientes (7.69 %), el grupo de ayuda con ocho pacientes (6.84 %), el grupo de familiares con tres pacientes (2.56 %), los grupos de amistades y compañeros de trabajo con cero pacientes cada uno (0.00 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y personas a quienes ha comunicado el ser paciente con la enfermedad del VIH/SIDA, en el grupo de mi pareja con cuarenta y dos pacientes (35.90 %), seguido en menor proporción por el grupo de ayuda con doce pacientes (10.26 %), el grupo de solo yo con ocho pacientes (6.84 %), el grupo de familiares con siete pacientes (5.98 %), el grupo de amistades con dos pacientes (1.71 %) y el grupo de compañeros de trabajo con cero pacientes (0.00 %) totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 12)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y sentirse discriminado por la enfermedad, respondieron que si se sienten discriminados un total de treinta y nueve pacientes (33.33 %), seguido en menor proporción por el grupo de no me siento discriminado con siete pacientes (5.98 %), la mayor distribución se dio en el grupo de no se me acercan con veintiún pacientes (17.95 %), seguido por el grupo de no me hablan con dieciséis pacientes (13.68 %) y el grupo de me ofenden con dos pacientes (1.71 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y sentirse discriminado por la enfermedad, respondieron que si se sienten discriminados un total de sesenta y nueve pacientes (58.97 %), seguido en menor proporción por el grupo de no me siento discriminado con dos pacientes (1.71 %), la mayor distribución se dio en el grupo de no se me acercan con treinta y cuatro pacientes (29.10 %), seguido por el grupo de no me hablan

con treinta y dos pacientes (27.35 %) y el grupo de me ofenden con tres pacientes (2.56 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 13)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y consumo de sustancias nocivas para la salud, respondieron que si consumen sustancias nocivas para la salud un total de nueve pacientes (9.69 %), seguido en menor proporción por los que no consumen sustancias nocivas para la salud con cincuenta y siete pacientes (48.42 %), la mayor distribución se dio en el grupo de alcohol con cinco pacientes (4.27 %), seguido por los grupos de tabaco y drogas con dos pacientes cada uno (1.71 %) y el grupo de otros con cero pacientes (0.00 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y consumo de sustancias nocivas para la salud, respondieron no consumen sustancias nocivas para la salud con treinta y siete pacientes (48.42 %) mientras que si consumen sustancias nocivas para la salud un total de nueve pacientes (9.69 %), la mayor distribución se dio en el grupo de alcohol con cinco pacientes (4.27 %), seguido por los grupos de tabaco y drogas con dos pacientes cada uno (1.71 %) y el grupo de otros con cero pacientes (0.00 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y consumo de sustancias nocivas para la salud, respondieron que si consumen sustancias nocivas para la salud un total de cincuenta pacientes (42.74 %) seguido en menor proporción por los que no consumen sustancias nocivas para la salud con veintiún pacientes (17.95 %), la mayor distribución se dio en el grupo de alcohol con veintiocho pacientes (23.93 %), seguido por el grupo de tabaco con trece pacientes (11.11 %) y el grupo de drogas con nueve pacientes (7.69 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 14)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y nivel educativo, en el grupo de nivel secundario con veintiún pacientes (17.95 %), seguido en menor proporción por el grupo de nivel técnico con diecisiete pacientes (14.53 %), nivel universitario con siete pacientes (5.98 %), el nivel primario con un paciente (0.85 %) y sin estudios con ningún pacientes (0.00 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y nivel educativo, en el grupo de nivel secundario con treinta y ocho pacientes (32.485 %), seguido en menor proporción por el grupo de nivel técnico con diecinueve pacientes (16.24 %), nivel universitario con once pacientes (9.40 %), el nivel primario con tres pacientes (2.56 %) y sin estudios con ningún pacientes (0.00 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 15)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y sentirse triste, deprimido o desanimado a consecuencia de la enfermedad, en el grupo de si me siento deprimido con treinta y ocho pacientes (32.47 %), seguido en menor proporción por

el grupo de no me siento deprimido con ocho pacientes (6.84 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y sentirse triste, deprimido o desanimado a consecuencia de la enfermedad, en el grupo de si me siento deprimido con sesenta y dos pacientes (52.99 %), seguido en menor proporción por el grupo de no me siento deprimido con nueve pacientes (7.69 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 16)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y frecuencia de sentirse triste, deprimido o desanimado a consecuencia de la enfermedad, en el grupo de siempre con veintiún pacientes (17.94 %), seguido en menor proporción por el grupo de frecuentemente con diecinueve pacientes (16.24 %), seguido por el grupo de raras veces con seis pacientes (5.13 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y frecuencia de sentirse triste, deprimido o desanimado a consecuencia de la enfermedad, en el grupo de siempre con cincuenta y cuatro pacientes (46.15 %), seguido en menor proporción por el grupo de frecuentemente con dieciséis pacientes (13.68 %), seguido por el grupo de raras veces con un paciente (0.85 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 17)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y haber recibido atención psicológica para mejorar su estado de ánimo, en el grupo de si con cuarenta y un pacientes (35.04 %), seguido en menor proporción por el grupo de no con cinco pacientes (4.27 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y haber recibido atención psicológica para mejorar su estado de ánimo, en el grupo de si con sesenta y siete pacientes (57.26 %), seguido en menor proporción por el grupo de no con cuatro pacientes (3.42 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 18)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y autopercepción de necesitar el incremento de la frecuencia de la atención psicológica para mejorar su estado de ánimo, en el grupo de si con treinta y nueve pacientes (33.33 %), seguido en menor proporción por el grupo de no con siete pacientes (5.98 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y autopercepción de necesitar el incremento de la frecuencia de la atención psicológica para mejorar su estado de ánimo, en el grupo de si con sesenta y ocho pacientes (58.12 %), seguido en menor proporción por el grupo de no con tres pacientes (2.56 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 19)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y abandono de la medicación antirretroviral, respondieron no haber abandonado la medicación antirretroviral veintiocho pacientes (23.93 %) mientras que si abandonaron la medicación antirretroviral dieciocho pacientes (15.38 %), la mayor distribución se dio en el grupo de porque me produce reacciones adversas con seis pacientes (5.13 %), seguido por el grupo de por ser demasiados medicamentos con cinco pacientes (4.27 %), el grupo de porque las tomas son bastantes frecuentes con cuatro pacientes (3.42 %) y el grupo de porque produce cambios en mi vida con tres pacientes (2.56 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y abandono de la medicación antirretroviral, respondieron no haber abandonado la medicación antirretroviral cuarenta y siete pacientes (40.17 %) mientras que si abandonaron la medicación antirretroviral veinticuatro pacientes (20.51 %), la mayor distribución se dio en el grupo de porque me produce reacciones adversas con nueve pacientes (7.69 %), seguido por el grupo de por ser demasiados medicamentos con ocho pacientes (6.84 %), el grupo de porque las tomas son bastantes frecuentes con seis pacientes (5.13 %) y el grupo de porque produce cambios en mi vida con un paciente (0.85 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 20)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y tiempo de duración del abandono de la medicación antirretroviral, la mayor distribución se dio en el grupo de un día con ocho pacientes (6.84 %), seguido por el grupo de cuatro a siete días con cinco pacientes (4.27 %), el grupo de menos de tres días con cuatro pacientes (3.42 %) y el grupo un mes o más con un paciente (0.85 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y tiempo de duración del abandono de la medicación antirretroviral, la mayor distribución se dio en el grupo de cuatro a siete días con nueve pacientes (7.69 %), seguido por el grupo de un día con siete pacientes (5.98 %), el grupo de menos de tres días con seis pacientes (5.13 %) y el grupo un mes o más con dos pacientes (1.71 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 21)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y cumplimiento de los horarios de consumo del medicamento en el grupo de si con treinta y cuatro pacientes (29.06 %), seguido en menor proporción por el grupo de no con doce pacientes (10.26 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y cumplimiento de los horarios de consumo del medicamento en el grupo de si con cuarenta y nueve pacientes (41.88 %), seguido en menor proporción por el grupo de no con veintidós pacientes (18.80 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %).

(Tabla 22)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y consumo del medicamento junto al alimentos en el grupo de si con veinticinco pacientes (21.37 %), seguido en menor proporción por el grupo de no con veintiún pacientes (17.95 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y consumo del medicamento junto al alimentos en el grupo de si con cuarenta y nueve pacientes (41.88 %), seguido en menor proporción por el grupo de no con veintidós pacientes (18.88 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). ^(Tabla 23)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y cumplimiento del régimen alimentario, respondieron si haber cumplido con el régimen alimentario veintinueve pacientes (24.79 %) mientras que no cumplieron con el régimen alimentario diecisiete pacientes (14.53 %), la mayor distribución se dio en el grupo de no tengo recursos económicos con ocho pacientes (6.84 %), seguido por el grupo de no tengo tiempo para prepararlos con cinco pacientes (4.27 %) y el grupo de no tengo quien los prepare con cuatro pacientes (3.42 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y cumplimiento del régimen alimentario, respondieron si haber cumplido con el régimen alimentario cincuenta y tres pacientes (45.30 %) mientras que no cumplieron con el régimen alimentario dieciocho pacientes (15.38 %), la mayor distribución se dio en el grupo de no tengo recursos económicos con nueve pacientes (7.69 %), seguido por el grupo de no tengo quien los prepare con seis pacientes (5.13 %) y el grupo de no tengo tiempo para prepararlos con tres pacientes (2.56 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). ^(Tabla 24)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y accesibilidad al Hospital y a la atención TARGA donde recibe la atención de salud, en el grupo de si es accesible con cuarenta y dos pacientes (35.90 %), seguido en menor proporción por el grupo de no es accesible con cuatro pacientes (3.42 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y accesibilidad al Hospital donde recibe la atención de salud, en el grupo de si es accesible con sesenta y ocho pacientes (58.12 %), seguido en menor proporción por el grupo de no es accesible con tres pacientes (2.56 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). ^(Tabla 25)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y autopercepción de la atención recibida por parte de los profesionales de la salud, la mayor distribución se dio en el grupo de la Enfermera con treinta y ocho pacientes (32.48 %), seguido por los grupos del Psicólogo y de la Asistente social con treinta y seis pacientes cada uno (30.77 %), el grupo de el Medico con treinta y dos pacientes (27.35 %) y el

Químico Farmacéutico con treinta y un pacientes (26.50 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). (Tabla 26)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y autopercepción de la atención recibida por parte de los profesionales de la salud en el grupo del Psicólogo con sesenta y dos pacientes (52.99 %), seguido por el grupo de la Enfermera con sesenta y un pacientes (52.14 %), el grupo del Farmacéutico con cincuenta y nueve pacientes (50.43 %) y el Médico con cincuenta y seis pacientes (47.86 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 27)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y entendimiento de la información recibida por parte del profesional de la salud en el grupo de entendible con treinta y cinco pacientes (29.91 %), seguido por el grupo regular con ocho pacientes (6.84 %) y el grupo de no entendible con tres pacientes (2.56 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y entendimiento de la información recibida por parte del profesional de la salud en el grupo de entendible con cincuenta y ocho pacientes (49.57 %), seguido por el grupo regular con doce pacientes (10.26 %) y el grupo de no entendible con un paciente (0.85 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 28)

La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo femenino y satisfacción de la atención de las dudas, preguntas y necesidades del paciente en el grupo de satisfecho con treinta y cuatro pacientes (29.06 %), seguido por el grupo regular con diez pacientes (8.55 %) y el grupo de no insatisfecho con dos pacientes (1.71 %), totalizando cuarenta y seis pacientes de sexo femenino (39.31 %). La muestra en estudio se distribuyó en mayor proporción según sexo masculino y satisfacción de la atención de las dudas, preguntas y necesidades del paciente en el grupo de satisfecho con cincuenta y cuatro pacientes (46.15 %), seguido por el grupo regular con catorce pacientes (11.97 %) y el grupo de no insatisfecho con tres pacientes (2.56 %), totalizando setenta y un pacientes de sexo masculino (60.68 %). (Tabla 29)

V. CONCLUSIONES

La realización de la investigación planteada, sobre la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EsSalud, permitió cumplir con los objetivos de la investigación y plantear las siguientes conclusiones:

1. Las condiciones sociodemográficas predominantes en la muestra en estudio son el sexo masculino con 60.68 %, en ambos sexos la edad predominante fue 35 a 46 años con 27.35 % y el estado civil fue el de divorciados con 43.59 %.
2. El entendimiento de la información recibida por parte del profesional de la salud fue considerado como “entendible” por el 79.49 % e indicaron “satisfacción” por la atención de sus dudas, preguntas y necesidades del paciente en un 75.21 % de la muestra en estudio
3. El 35.90 % de la muestra en estudio no cumplió adecuadamente con el tratamiento, mientras que el 64.10 % si evidenció la adhesión al tratamiento antirretroviral

VI. RECOMENDACIONES

1. Recomendar que los esquemas de tratamiento farmacológico y no farmacológico empleados en el tratamiento antirretroviral del VIH/SIDA, no dejen de lado el soporte emocional que debe ser proporcionado por la familia y la sociedad
2. Capacitar al entorno familiar y social para que se sensibilicen con el paciente que padece esta enfermedad, y que, a pesar de todo, sigue siendo un ser humano que sufre por los cambios que están ocurriendo en su vida y salud
3. Se implemente un sistema sanitario multidisciplinario encargado de visitar y acompañar en el hogar del paciente para reforzar la adhesión farmacoterapéutica del VIH/SIDA.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Báez P. Tiburcio A. Alba A. Mateo F. Et al. Medición de adherencia a antirretrovirales con métodos múltiples en La Romana, República Dominicana. Rev Panam Salud Publica 46, 2022.
www.paho.org/journal
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56774/v46e2072022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.207>
2. Contreras B. Cordero F. Pino V. Et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral de la persona adulta viviendo con VIH/SIDA. 2020. Chile. BENESSERE - Revista de Enfermería. Vol. 6 - Nº 1 - Valparaíso, Chile. Enero a diciembre 2021.
<https://revistas.uv.cl/index.php/Benessere/article/view/3085>
3. Neira R. Sánchez J. Riveros A. Psicoeducación para la adherencia al tratamiento antirretroviral: la metáfora del reloj de arena. 2020. México. Psicología y Salud, Vol. 30, Núm. 2: 217-229, julio-diciembre de 2020.
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2656/4517>
4. Urizar C. Jarolin M. Ayala M. Et al. Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay. 2020. Paraguay. Rev. Cient. Cienc. Méd. Volumen 23, No 2: 2020
<https://rccm-umss.com/index.php/revistacientificacienciamedica/article/download/287/340/976>
5. Ruíz I. Et al. Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratados con antirretrovirales 2005. Granada España. Elsevier. Volumen 23, número 10 , octubre de 2005, páginas 581-585.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X05750369#!>
6. Pérez J. Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/sida en la Atención Primaria de Salud. Cuba. 2020. Rev Haban Cienc Méd vol.19 no.5 La Habana sept.-oct. 2020. Epub 10-Nov-2020
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600011
7. Ángeles J. Francia N. Capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un Hospital de Lima, 2020. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2020. Lima.
<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9442>

8. Barrera-Espinoza R. Gómez-Gonzales W. Girón-Vargas A. Arana-Escobar M. Et al. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. *Horiz. Med.* [Internet]. 2021. Oct [citado 2023 Abr 02]; 21(4): e1498. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n4.09>
<http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v21n4/1727-558X-hm-21-04-e1498.pdf>
9. Orellana G. Morales E. Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/Sida en el Hospital Central de las Fuerzas Policiales. 2019. Lima Perú. Facultad de Medicina Humana URP. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2019;19(1):46-54. (Enero 2019) DOI 10.25176/RFMH.v19.n1.1792. ISSN Versión Online: 2308-0531.
<http://inicib.urp.edu.pe/cgi/viewcontent.cgi?article=1087&context=rfmh>
10. Gutiérrez V. Nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes adultos con VIH/SIDA del programa de control de ETS y sida del Hospital Nacional Hipólito Unanue enero 2018. 2019. Lima Perú.
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4855/Gutierrez_%20Viviana.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Caramutti M. Efectividad de la consejería TARGA en la adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVS en el Hospital Referencial de Ferreñafe, 2018. 2018. Pimentel Perú.
<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/5367/Caramutti%20Fall%20a%20c%20Mar%20ada%20Fernanda.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Pacífico J. Gutiérrez C. 2015. Lima Perú. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. Artículo Original. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. Versión impresa* ISSN 1726 – 4634 *Rev. Perú. med. exp. Salud publica* vol. 32 Nº 1 Lima ene. / mar. 2015.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342015000100010&script=sci_arttext
13. Meneses M. Mayorca C. Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un Hospital Nacional de Lima. 2014. Lima Perú. Artículo original. *Rev enferm Herediana.* 2014;7(2):87-96.
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2532/2444>
14. OPS. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Organización Mundial de la Salud. Hojas informativas. VIH/Sida.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9573:2019-factsheet-hiv-aids&Itemid=40721&lang=es

15. Ministerio de Salud del Perú. NTS N° 097-MINSA/2018/DGIESP-V.03. Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Fecha de acceso: 16 de febrero de 2013. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>
16. GESIDA. Documento informativo sobre la infección por el VIH. Grupo de Estudio de Sida de la SEIMC (GeSIDA) Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SESIDA). isbn: 978-84-697-2921-2.
https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_vih_profesionales.pdf
17. OMS. Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas. VIH/Sida. Datos y cifras.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
18. HIVinfo. NIH.gov. Tratamiento del VIH Tratamiento para la infección por el VIH: Conceptos básicos. Puntos importantes.
<https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/tratamiento-para-la-infeccion-por-el-vih-conceptos-basicos>
19. Valverde M. 2018. Barcelona España. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm.* 2018; 59(3): 163-172.
<https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
20. Ministerio de Salud. Perú. Norma Técnica N° 097-MINSA/2018/DGIESP-V.03. Norma Técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>
21. Margulies S. Et al. VIH-SIDA y adherencia al tratamiento enfoques y perspectiva. *antípoda* N° 3 julio – diciembre dos mil seis. Páginas 281 a 300. ISSN 1900-5407. Acceso: 14 de febrero 2023. Disponible en:
<https://revistas.uniandes.edu.co/index.php/antipoda/article/view/1742/40>

VIII. Anexos

1.1.1. Matriz de consistencia

| Título: Adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud | | | |
|---|--|--|---|
| Problema. | Hipótesis y Variables | Objetivos | Metodología |
| <p>Problema principal. ¿Existen factores que influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud?</p> <p>Problemas secundarios. ¿Las condiciones sociodemográficas influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud?</p> <p>¿El entendimiento de la enfermedad influye en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud?</p> <p>¿La autopercepción de la atención del personal sanitario recibida influenciará en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud?</p> | <p>Hipótesis principal. Existen factores que influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.</p> <p>Hipótesis secundarias Las condiciones sociodemográficas influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud. El entendimiento de la enfermedad influye en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud. La atención del personal sanitario influye en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.</p> | <p>Objetivo General. Describir los factores que influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud</p> <p>Objetivos Específicos. Describir las condiciones sociodemográficas que influyen en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EsSalud</p> <p>Determinar la influencia del entendimiento de la enfermedad en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EsSalud</p> <p>Determinar la influencia de la atención del personal sanitario en la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza de EsSalud</p> | <p>Variable independiente Adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.</p> <p>Variables dependientes Condiciones sociodemográficas Entendimiento de la enfermedad Atención del personal sanitario</p> <p>Tipo. Básico y aplicado</p> <p>Nivel. Descriptivo y cualitativo</p> <p>Diseño. No experimental</p> <p>Población Pacientes adultos atendidos en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA del Hospital Augusto Hernández Mendoza. EsSalud.</p> <p>Muestra. Se aplicó una fórmula estadística muestral, para determinar el número de pacientes que fue tomado de la población en estudio, que luego de hacerse conocer los motivos de la realización de la investigación, aceptaron participar voluntariamente en la investigación, mediante la firma del consentimiento informado.</p> |

13. ¿Quiénes tienen conocimiento de su enfermedad del VIH/SIDA?

| | | |
|------------|-----------------------|-------|
| Solo yo | Amistades | Otros |
| Mi pareja | Compañeros de trabajo | |
| Familiares | Grupo de autoayuda | |

14. Los que están enterados de su enfermedad, ¿Lo apoyan de alguna forma?

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

15. ¿Siente que es discriminado de alguna forma por su enfermedad?

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

16. ¿De que forma ha sido discriminado?

.....

17. ¿Consume alguna de estas sustancias?

| | |
|--------|---------|
| Tabaco | Alcohol |
| Drogas | Otros |

IV. Datos educativos

18. ¿Cuál es su nivel de educativo?

| | |
|--------------|-------------------------|
| Sin estudios | Técnico |
| Primaria | Universitario |
| Secundaria | ¿Completo o incompleto? |

V. Datos sobre su estado de ánimo

19. ¿Se ha sentido alguna vez triste, deprimido o desanimado a consecuencia de su enfermedad?

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

20. ¿Con que frecuencia ocurre esto?

| | |
|----------------|-------------|
| Todo el tiempo | Raras veces |
| Frecuentemente | Nunca |

21. ¿Recibe o ha recibido atención psicológica para sus estados de depresión o tristeza?

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

22. ¿Considera que necesita más apoyo para superar su estado de ánimo?

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

VI. Datos del tratamiento antirretroviral que esta recibiendo

23. En alguna ocasión, ¿ha dejado de consumir su medicación?

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

24. De haber respondido si, ¿Por qué dejo de consumir la medicación?

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| Por ser demasiados medicamentos | Me causan efectos adversos |
| Porque es muy frecuente las tomas | Producen cambios en mi vida |

25. ¿Por cuánto tiempo dejo de tomar los medicamentos?

| | |
|-----------------|------------------|
| Menos de un día | Tres días |
| Dos días | Mas de tres días |

26. ¿Toma su medicación en los horarios indicados?

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| Si siempre | Menos de la mitad de las veces |
| Mas de la mitad de las veces | Raras veces |

27. ¿Sabía que la medicación se toma junto con los alimentos?

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

28. ¿Cumple con el régimen de alimentación prescrito?

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

29. En caso de haber respondido no, ¿Cuál es la razón?

| | |
|----------------------------------|----------------------------|
| No tengo recursos económicos | No tengo quien los prepare |
| No tengo tiempo para prepararlos | Otra razón: |

VII. Datos sobre la atención del profesional sanitario

30. ¿Considera que es accesible o no el recibir la atención de salud en el hospital donde se atiende?

| | |
|--------------|-----------------|
| Es accesible | No es accesible |
|--------------|-----------------|

31. ¿Considera que es fácil o difícil recibir la medicación TARV en el hospital donde se atiende?

| | |
|-------|---------|
| Fácil | Difícil |
|-------|---------|

32. ¿Cómo considera la atención recibida por el personal de salud?

| | | | |
|-------------------|-------|---------|------|
| Medico: | Bueno | Regular | Malo |
| Enfermera: | Bueno | Regular | Malo |
| Psicólogo: | Bueno | Regular | Malo |
| Asistente social: | Bueno | Regular | Malo |
| Farmacéutico: | Bueno | Regular | Malo |

33. ¿Fue entendible la información sobre la enfermedad que le brindaron?

| | | |
|------------|---------|---------------|
| Entendible | Regular | No entendible |
|------------|---------|---------------|

34. ¿Le prestaron atención al manifestar sus dudas, preguntas o necesidades?

| | |
|----|----|
| Si | No |
|----|----|

35. ¿Cómo considera la información recibida?

| | | |
|----------|---------|------------|
| Completa | Regular | Incompleta |
|----------|---------|------------|

36. ¿Las indicaciones en la receta médica son entendibles?

| | | |
|-------------|---------|---------------|
| Entendibles | Regular | No entendible |
|-------------|---------|---------------|

37. ¿Finalmente, se siente Usted satisfecho o insatisfecho de la atención que está recibiendo?

| | | |
|------------|---------|--------------|
| Satisfecho | Regular | Insatisfecho |
|------------|---------|--------------|

