



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y
CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN
PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO
2017**

BACH. ROSA KATHERINE MORALES PERICHE

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PIURA-PERÚ

2017

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN
PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO
2017**

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico a mis padres y hermanos, por su gran apoyo incondicional sin ellos no hubiera sido posible lograr mis aspiraciones de ser una profesional de Enfermería, y así poder realizar lo que más me gusta: “servir y ayudar al prójimo”.

AGRADECIMIENTO

Con mucho amor agradezco a Dios y a la Virgen María, por concederme la vida para ponerla al servicio de los demás brindando un cuidado humanizado en salud.

ÍNDICE

CARÁTULA	
PORTADA	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS	v
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xiv
INTRODUCCIÓN	xvi
CAPÍTULO I	1
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.1.1. Caracterización del problema	1
1.1.2. Definición del problema	5
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	6
1.3. Delimitación de la investigación	7
1.3.1. Delimitación Espacial	7
1.3.2. Delimitación Social	8
1.3.3. Delimitación Temporal	8
1.3.4. Delimitación Conceptual	8
1.4. Justificación de la investigación	
1.4.1. Justificación Teórica	9
1.4.2. Justificación metodológica	9
1.4.3. Justificación practica	10

1.5.	Importancia	10
1.6.	Limitaciones	11
II.	HIPÓTESIS Y VARIABLES	12
2.1.	Hipótesis de Investigación	12
2.2.	Hipótesis Nula	12
III.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	12
3.1.	Objetivo General	12
3.2.	Objetivos Específico	13
CAPITULO II		15
FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN		15
2.1.	Marco Referencial	15
2.1.1.	Antecedentes de la Investigación	15
2.1.2.	Referencias históricas	20
2.2.	Marco Legal	23
2.3.	Marco Conceptual	25
2.4.	Marco Teórico	26
CAPÍTULO III		39
PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO		39
3.1.	Tipo, Nivel	39
3.1.1.	Tipo de Investigación	39
3.1.2.	Nivel de la Investigación	39
3.2.	Método	40
3.3.	Diseño de la Investigación	40
3.4.	Hipótesis de la Investigación Operacionalización	42
3.5.	Variables	43
3.5.1.	Variable independiente	43
3.5.2.	Variable Dependiente	43
3.6.	Cobertura del estudio de Investigación	41

3.6.1. Universo	42
3.6.2. Población	42
3.6.3. Muestra	42
3.6.4. Muestreo	42
3.7. Técnicas, Instrumentos y Fuentes de Recolección de Datos	44
3.7.1. Técnicas de la Investigación	44
3.7.2. Instrumentos de la Investigación	44
3.7.3. Fuentes de Recolección de Datos	45
3.7.4. Principios Éticos	45
3.8. Procesamiento estadístico de la información	46
3.8.1. Estadísticos	46
3.8.2. Representaciones	47
3.8.3. Contrastación de la hipótesis	47
CAPÍTULO IV	48
ORGANIZACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	48
4.1. Presentación de resultados	48
4.1.1. Resultados parciales	48
4.1.2. Resultados generales	66
4.2. Contrastación de hipótesis	67
4.3. Discusión de los resultados	68
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXOS	87

ANEXO N°1: Matriz de Consistencia

ANEXO N°2: Instrumento de Recolección de Datos

ANEXO N°3: Consentimiento Informado

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

DGSP	: Dirección General de Salud de las Personas
GAM	: Grupo de Apoyo Mutuo
MINSA	: Ministerio de Salud
NTS	: Norma Técnica de Salud
PROCETSS	: Programa de control de enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.
SIDA	: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TARGA	: Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TARV	: Tratamiento Antirretroviral
VIH	: Virus de Inmunodeficiencia Humana
P.V.V.S	: Personas que viven con VIH/SIDA
CDC	: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
AIDS	: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
FDA	: Agencia de alimentos y medicamentos
AMFAR	: La Fundación Americana para la Investigación sobre el SIDA
AZT	: Zidovudina.

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

CUADRO2: FACTOR DEMOGRÁFICO (EDAD) ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

CUADRO 3: RELACIÓN DEL FACTOR DEMOGRÁFICO (EDAD) ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

CUADRO 4: FACTOR SOCIAL (SEXO) ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

CUADRO 5: RELACIÓN DEL FACTOR DEMOGRÁFICO (SEXO) ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

CUADRO 6: FACTOR SOCIAL ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017.

CUADRO 7: RELACIÓN DEL FACTOR SOCIAL ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017.

CUADRO 8: RELACIÓN DEL FACTOR ECONÓMICO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017.

CUADRO 9: RELACIÓN DEL FACTOR ECONÓMICO ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017.

CUADRO 10: RELACIÓN GENERAL DE LOS FACTORES, DEMOGRÁFICOS, SOCIALES Y ECONÓMICOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA

HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES.
MAYO-AGOSTO 2017.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

GRÁFICO 2: FACTOR DEMOGRÁFICO (EDAD) ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

GRÁFICO 3: RELACIÓN DEL FACTOR DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

GRÁFICO 4: FACTOR SOCIAL ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

GRÁFICO 5: RELACIÓN DEL FACTOR SOCIAL ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

GRÁFICO 6: FACTOR ECONÓMICO ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017.

GRÁFICO 7: RELACIÓN DEL FACTOR ECONÓMICO ASOCIADO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017.

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE
LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO-
TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017**

RESUMEN

El presente estudio titulado “Factores asociados a la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de apoyo JAMO- Tumbes. mayo-agosto 2017, se llevó en el primer semestre del año, con el objetivo de determinar los factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia; el trabajo corresponde a un estudio de investigación cuantitativo, no experimental, correlacional. Se aplicó un cuestionario a 30 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, destacando los siguientes hallazgos, según la prueba de significancia estadística de chi cuadrado, con respecto al factor demográfico (edad y sexo) existe relación de adherencia con la edad, y no con el sexo. Con respecto al factor social: se encontró que existe relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, y finalmente con el factor económico, no existe relación. Considerando la relevancia de los resultados, según los indicadores se concluye que existe relación entre los factores demográficos, sociales y económicos, con la adherencia al tratamiento del TARGA.

Con respecto a la hipótesis de investigación es aceptada, en cuanto los factores asociados se relacionan al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA.

Conclusión: De manera general se determinó, que los factores demográficos, sociales y económicos si tienen relación con la adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana, así lo evidenció la prueba estadística de significancia chi cuadrada.

Palabras Clave: Adherencia, TARGA, VIH/SIDA.

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE
LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO-
TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017**

RESUMEN

The present study entitled "Factors Associated with the Adherence to Antiretroviral Treatment of Great Activity in Patients with Human Immunodeficiency Virus from the JAMO-Tumbes Support Hospital. May-August 2017, was carried out in the first semester of the year, in order to determine the factors associated with adherence to HAART, in patients with Immunodeficiency virus; the work corresponds to a quantitative research study, not experimental, correlational. A questionnaire was applied to 30 patients who met the inclusion criteria, highlighting the following findings, according to the test of chi square statistical significance, with respect to the demographic factor (age and sex) there is a relationship of adherence with age, and no with sex With the social factor: it was found that there is a relationship with adherence to highly active antiretroviral treatment. And finally with the economic factor, there is no relationship. Considering the relevance of the results, according to the indicators it is concluded that there are demographic, social and economic factors, with the adherence to the treatment of HAART.

With respect to the research hypothesis, it is accepted, as the associated factors are related to HAART, in patients with HIV / AIDS.

Conclusion: It was generally determined that the demographic, social and economic factors are related to the adherence to antiretroviral treatment of great activity in patients with Human Immunodeficiency Virus, as evidenced by the statistical test of chi square significance.

Keywords: Adherence, HAART, HIV / AIDS.

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDADEN PACIENTES CON VIRUS DE
LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO-
TUMBES. MAYO-AGOSTO2017**

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación surge desde el auscultar la realidad en el desarrollo del curso de investigación, y posteriormente desde el dialogo con pacientes con VIH / SIDA; hoy en día para nadie es desconocido el que la sociedad atraviesa por una crisis de valores y la juventud es cada vez más precoz en términos de relaciones sexuales, en tiempos anteriores era raro encontrar casos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sin embargo, hoy se tiene como una de las enfermedades que termina en la muerte de la persona. Determinado el SIDA, solo queda brindar una calidad de vida que permita prolongarla y es precisamente el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad(TARGA), una alternativa para este mal, que es atendida por el Ministerio de Salud y del cual los pacientes con VIH/SIDA, deben recibir a fin de contar con un mecanismo que permita prolongar su vida.

En el Perú, la epidemia del VIH/SIDA es de tipo concentrada, es decir, que la prevalencia de la infección por VIH en grupos con comportamiento de alto riesgo como en hombres que tienen sexo con otros hombres (HCH), en pacientes con infecciones de transmisión sexual (ITS), es mayor del 5%, pero es menor del 1% en mujeres que se hacen el examen en su control prenatal. En la actualidad, existen 20,110 casos de VIH y 29,771 portadores de este mortal virus en Perú¹.

Según el MINSA, el Perú es el primer país en Sudamérica que tiene una estrategia multisectorial para luchar contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, que sirve de modelo para otros países.²

En el 2004, gracias al apoyo técnico financiero del Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria; el Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, inició el TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) que garantiza el acceso gratuito al tratamiento, lo que ha permitido que la cobertura se incremente a más del 70%. Cabe indicar, que el sustento legal del TARGA, según la Dirección General de salud de las Personas y la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud del MINSA, implica una Norma Técnica N°2004-MINSA/DGSP-V.01, denominada «Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad– TARGA, en adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana».²

El TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) en la última década, es considerada, importante en los pacientes con VIH/SIDA, debido a que reduce la mortalidad, hospitalizaciones, incidencia de infecciones oportunistas, uso de servicio de salud y mejora la calidad de vida; así mismo, por su bajo costo y efectividad positiva.

Sin embargo, pareciera que existen en los pacientes diversos factores que limitan la adherencia al programa TARGA, esta es la razón por la que el presente trabajo de investigación cobra relevancia e interés en el campo de la salud.

El informe de investigación que a continuación se presenta consta de cuatro capítulos. El capítulo I: contiene tres apartados el primero, se refiere al Planteamiento del problema, describiéndose la realidad problemática, la formulación, la delimitación, la importancia y las limitaciones encontradas en la

realización del trabajo de investigación; el segundo apartado: presenta las hipótesis alterna y la hipótesis nula, las mismas que se contrastan con los resultados, a fin de aceptar la hipótesis de investigación, el tercero apartado se refiere a los objetivos, tanto en general y los específicos.

El capítulo II: Presenta los fundamentos teóricos de la Investigación, considerando el marco referencial, el marco legal, el marco conceptual y el marco teórico.

El capítulo III: Se refiere al Planteamiento metodológico, precisando el tipo, el nivel, el método, el diseño de investigación, la operacionalización y las variables, asimismo, la cobertura del estudio, a través del universo, población y muestra, concluyendo este capítulo con la técnica, instrumentos, fuentes de recolección, y el procesamiento estadístico de la información.

El capítulo IV: Organiza la presentación y análisis de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos de recojo de información, presentando los resultados de manera parcial y general, contrastando la hipótesis, para realizar la discusión de los resultados.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones, la bibliografía y los anexos más relevantes.

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

1.1.1. Caracterización del problema

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa y mortal causada por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), a nivel mundial es un problema de salud pública y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos, ocupando la cuarta causa de muerte alrededor del mundo.

Se sabe que la adherencia completa al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) resulta difícil y que un porcentaje elevado de pacientes no la alcanza, a pesar de su importancia. La determinación de los factores que dificultan la adherencia a la

Terapia Antirretroviral (TARV) adquiere gran interés, ya que hace posible proponer estrategias de intervención.

Al respecto; en la actualidad, un total de 11,639 personas en todo el país reciben el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) que proporciona el Ministerio de Salud (MINSA)

A nivel nacional en el 2009 se han reportado 896 casos notificados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En lo que respecta a nuestra región se ha registrado 93 casos de morbilidad según las cifras estadísticas de la Dirección Regional de Salud de Tumbes.

Con la introducción del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad(TARGA) se ha reducido significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a la infección por VIH y al SIDA, convirtiendo a esta infección en una enfermedad crónica y ya no una enfermedad terminal (Pinheiro CA, et al. 2002). A pesar que el TARGA mejora la respuesta clínica, inmunológica y viral del paciente, es sumamente necesario mantener un gran nivel de adherencia a la terapia prescrita, ya que de no mantenerla se produciría un incremento de la actividad viral y con ello se podría desarrollar rápidamente resistencia a los fármacos (Kaufman D, 1998).

El TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad) en la última década, es considerada, importante en los pacientes con VIH/SIDA, debido a que reduce la mortalidad, hospitalizaciones, incidencia de infecciones oportunistas, uso de servicio de salud y mejora la calidad de vida; así mismo, por su bajo costo y efectividad positiva.

La efectividad de las drogas Antirretrovirales dependerá de la adherencia al tratamiento por parte del paciente; es por ello, que se ha convertido en el eje de todo programa y esto se debe a que está demostrado que la adherencia juega un rol determinante en la supervivencia de los pacientes que inician tratamiento³

Entendiéndose el término adherencia como “el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas, para la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad en una comunidad determinada, el cual debe ser mayor al 95%”⁴. Ello implica que el paciente tome los fármacos de acuerdo con la dosificación prescrita, según los horarios indicados y ajustándose a los requerimientos de su administración en relación con las comidas u otras circunstancias. Al respecto, un artículo español publicado en el año 2002, titulado “Recomendación para mejorar la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral”, nos dice: “...Existen numerosos

factores que pueden tener una influencia negativa en la consecución de los objetivos deseados...” (Refiriéndose al tratamiento con pacientes con VIH/SIDA)⁵.

En el Hospital de Apoyo “JAMO” de Tumbes, la unidad de Administración de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad, funciona en los consultorios externos de la Estrategia Sanitaria para la Prevención y el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual ETS/VIH-SIDA. Está integrado por un equipo de profesionales entre médicos, enfermeras, psicólogos y asistenta social, capacitados en la atención integral de las personas que viven con el VIH Sida y en la administración de la terapia antirretroviral en donde se tiene como objetivo primordial mejorar la calidad de vida y disminuir la ocurrencia de enfermedades oportunistas de las personas que viven con el VIH SIDA (P.V.V.S.)

En el mes de setiembre en el servicio de Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) del mencionado hospital, se han atendido un total de 184 personas en el cual se tiene acceso al TARGA de forma gratuita, estas personas periódicamente asisten al nosocomio para realizar sus controles.

Si bien, el TARGA facilita el acceso gratuito al tratamiento antirretroviral, es inquietante saber por qué algunos pacientes sí cumplen de forma correcta el tratamiento y otros no.

Al interactuar con los pacientes con VIH/SIDA que pertenecen al TARGA, refieren no cumplir con el tratamiento por temor a empeorar; otros no cumplen por temor a los efectos adversos y/o olvido, interactuando a su vez con el nivel socioeconómico al que pertenecen.

Interesa conocer en el estudio, cuáles son los factores relacionados a la adherencia de la terapia TARGA en pacientes con VIH/SIDA, atendidas en el Hospital de Apoyo “JAMO” Tumbes, durante el periodo Mayo- Agosto 2017.

1.1.2. Definición del problema

¿Se relacionan los factores demográficos, sociales y económicos con la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes? Mayo - Agosto 2017?

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes

con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes? Mayo - Agosto 2017?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son los factores demográficos asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo - Tumbes? Mayo-Agosto 2017?
2. ¿Se relacionan los factores demográficos a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo - Tumbes? Mayo - Agosto 2017?
3. ¿Cuáles son los factores sociales asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana de Hospital de Apoyo Jamo – Tumbes? Mayo – Agosto 2017?
4. ¿Se relacionan los factores sociales a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en

pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes? Mayo - Agosto 2017?

5. ¿Cuál es la situación económica en la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes? Mayo – Agosto 2017?

6. ¿Se relaciona el factor económico con la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes? Mayo-Agosto 2017?

1.3. Delimitación de la investigación

1.3.1. Delimitación espacial

El proyecto de tesis tiene como limitación espacial el servicio Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) del Hospital de Apoyo JAMO de Tumbes.

Ubicado en Av. Prolongación Fernando Belaunde s/n AH. Ciudadela de Noe III Etapa. Tumbes.

1.3.2. Delimitación social

El proyecto de tesis tuvo como delimitación social a:

- Pacientes de ambos sexos que se atendieron en el mencionado servicio del Hospital JAMO de Tumbes.
- La Bachiller responsable del proyecto de investigación: Rosa Katherine Morales Periche.

1.3.3. Delimitación Temporal

El trabajo de investigación se realizó desde el mes de Mayo al mes de Agosto del 2017.

1.3.4. Delimitación Conceptual

El trabajo de investigación contó con el desarrollo teórico respecto a:

1. El Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH
2. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. SIDA
3. La Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
4. Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)
5. Factores que influyen en el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación teórica

El presente trabajo de investigación se realizó, porque existe la necesidad de conocer los factores que influyen, en forma, determinante en las fallas del tratamiento antirretroviral de gran actividad, en nuestra región se evidencia un alto índice de personas con VIH/SIDA, por ello, se investigará todo lo referente al problema, actualmente cada día se acrecientan los casos, debido a que la población no toma conciencia o existe cierto grado de ignorancia en las consecuencias de esta enfermedad que se ha convertido en uno de los más importantes problemas de salud pública del presente siglo. Los aportes de las conclusiones obtenidas en la investigación complementarán al constructo de conocimientos referentes al tema.

1.4.2. Justificación metodológica

La investigación que se realizó sirve como referencia metodológica, para tener en cuenta los factores asociados que contribuyen a que los pacientes con VIH/SIDA puedan presentar una buena adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y de esa manera estaría prolongando la duración de su vida en las personas infectadas.

1.4.3. Justificación práctica

El trabajo de investigación posee relevancia práctica a nivel social, debido a que los pacientes infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana termina con la muerte de las personas, hoy es un problema social que corresponde a la salud pública promover niveles de calidad de vida y formas de prolongar la vida humana.

Cobra también relevancia práctica económica, puesto que el tratamiento brindado por el Ministerio de Salud para los pacientes con VIH/ SIDA es gratuita. El estado peruano invierte por la salud de la persona humana, con miras a protegerlas y ayudar en dar una calidad de vida, no obstante, probablemente existen diversos factores, motivos de investigación, porque los pacientes interrumpen su tratamiento y que obviamente se ven perjudicados en la prolongación de su vida.

1.5. Importancia

La importancia de alcanzar una adherencia mayor a 95% al TARGA, por parte de los pacientes con VIH/SIDA, es porque con ello se disminuye las réplicas virales, lo que resulta en una mejora del sistema inmunológico, mejor calidad de vida y por ende prolongación del tiempo de supervivencia. Siendo las

consecuencias fatales en caso contrario. Es en este sentido, la adherencia mayor a 95% al TARGA, es importante desde el punto de vista individual, porque adquiere una trascendencia a nivel colectivo, ya que la transmisión de cepas multirresistentes a la comunidad puede minimizar los grandes avances alcanzados.

1.6. Limitaciones

Existieron diversas limitaciones en la realización del trabajo de investigación, siendo una de ellas la escasa información de antecedentes a nivel regional y local, limitación que hace que el trabajo de investigación sea novedoso.

La deseabilidad social es otro de las limitaciones que se constituyó en un factor general en todas las investigaciones, debido a que al recoger información de parte de las unidades de análisis no siempre es la respuesta sincera la que se espera, escapando de la responsabilidad del investigador.

II. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Hipótesis de Investigación

Los factores asociados se relacionan a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto 2017

2.2. Hipótesis Nula

Los factores asociados no se relacionan a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto 2017

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo general

Determinar los factores asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto 2017

3.2. Objetivos Específico

1. Identificar la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo – Tumbes. Mayo – Agosto 2017.
2. Identificar los factores demográficos (edad y sexo) asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto2017
3. Relacionar los factores demográficos (edad y sexo) a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto 2017
4. Describir los factores sociales asociados a la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto2017.
5. Relacionar los factores sociales a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con Virus de la

Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto2017.

6. Identificar la situación económica asociado a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto 2017

7. Relacionar el factor económico con la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto 2017

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. MARCO REFERENCIAL

2.1.1. Antecedentes de la Investigación

a) Nivel Internacional

BENÍTEZ AVILES, IRZA TATIANA, en el 2014, en Bogotá, realizó la tesis titulada “Determinantes intermedios y proximales y su relación con la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en IPS. Bogotá” la cual mediante un estudio descriptivo transversal mixto cualitativo y cuantitativo, empleando la información aportada por la institución y mediante la aplicación de cuestionarios. Encontrando que los determinantes proximales e intermedios de la población de estudio, que tienen dependencia a la adherencia terapéutica coinciden en algunos casos con los reportes hechos en la literatura. Se propone analizar a profundidad los determinantes aquí estudiados con el fin de formular estrategias que mejoren la adherencia terapéutica, no obstante, se debe tener

en cuenta emplear un solo método de medición de la misma con el fin de enfocar estas estrategias a la población correcta.⁶

RODRÍGUEZ QUESADA PEDRO PABLO, en el 2016, en Madrid, realizó la tesis doctoral “Estudio de factores de riesgo influyentes en el adherencia al tratamiento antirretroviral y desarrollo de un modelo predictivo en pacientes VIH positivos” cuyo objetivo principal es evaluar los factores (sociodemográficos, epidemiológicos, clínicos y farmacológicos), con el fin de determinar cuáles de ellos tienen una influencia sobre la adherencia al TARGA, con diseñó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, con pacientes de 18 años, participaron 229 personas. La adherencia se midió a través de dos métodos indirectos: registro de dispensación de medicación (obtenido del módulos de pacientes externos de la aplicación Farmatools) y cuestionario de adherencia SMAQ, los pacientes recibieron una hoja de información sobre métodos y objetivos del estudio en la hoja de consentimiento informado.⁷

b) Nivel Nacional:

BEDÓN LÓPEZ YAYMI LIZBETH, en el 2013, en Lima, realizaron el siguiente estudio titulado: “Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/ SIDA del Hospital San Juan Bautista de

Huaral”, el cual tuvo como finalidad determinar la relación entre la Resiliencia y la Adherencia al TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad), en una muestra de pacientes del Hospital San Juan Bautista de Huaral. La muestra no probabilística estuvo conformada por 64 pacientes, cuyas edades fluctúan entre los 18 a 59 años. Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Resiliencia (RS) y el Cuestionario de Valoración de la Adherencia. Los resultados revelaron que los participantes presentan un nivel de resiliencia alto y un nivel de adherencia medio, se encontró una relación significativa y positiva entre resiliencia y adherencia al TARGA⁸

MENESES LA RIVA MÓNICA, MAYORCA CARMELO CARMEN, en el 2014, en Lima, realizaron el siguiente estudio “Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima”, el cual tuvo como finalidad determinar la relación entre las prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH de un hospital nacional. Material y métodos: estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal, la muestra estuvo compuesta de 288 personas que viven con VIH; se elaboró un cuestionario de 37 preguntas sobre prácticas de autocuidado y adherencia al TARGA, las cuales fueron validadas a través de un juicio de expertos y una prueba piloto.

Resultados: La recolección de datos permitió obtener los resultados que muestran que las prácticas son inadecuadas en su mayoría (99,7%), solo presentan prácticas de autocuidado adecuadas el 0.3 .El coeficiente de correlación Spearman ($R=0,445$) muestra una correlación significativa ($p=0,000$), la cual resulta positiva y de nivel medio, lo que significa que niveles bajos de prácticas de autocuidado se corresponden en niveles bajos de adherencia, y viceversa. Conclusiones: las prácticas de autocuidado y la adherencia al tratamiento del TARGA se encuentran relacionadas con la decisión personal de lograr la madurez en su propio autocuidado, esto quiere decir que los patrones del comportamiento están interactuados según su estilo de vida. ⁹

ZAFRA TANAKA JESSICA HANAE, TICONA CHAVEZ EDUARDO, en el 2014, en Lima, realizaron la siguiente investigación: “Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima”, el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA y su asociación con la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) en pacientes de un hospital nacional de Lima, Perú. Materiales y métodos. Estudio transversal que incluyó a pacientes adultos que seguían el programa de TARV con un mínimo de seis meses. Para evaluar los factores asociados a estigma se calcularon razones de prevalencia (RP) usando la regresión de Poisson. Resultados. Se analizaron 339 encuestas, la

mediana de edad fue 39 años (RIC: 16) donde 74,0% eran hombres. Conclusiones. Existe un alto nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA y se asocia a la falta de adherencia al tratamiento con diferencias de acuerdo al sexo. Se recomiendan intervenciones dirigidas a reducir el estigma relacionado a divulgación de estatus en las mujeres y el relacionado a actitudes públicas en hombres¹⁰

RAMÍREZ RODRÍGUEZ SARITA YULIANA, en el 2015, en Trujillo, realizó el estudio de investigación titulado “Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto en el tratamiento antirretroviral. Hospital Regional” se realizó con el propósito de determinar la reciprocidad que existe entre la “Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto en el tratamiento antirretroviral”; la presente investigación es de tipo descriptiva correlacional, de corte transversal la muestra estuvo constituida por 198 adultos que cumplieron con los criterios establecidos.. Los resultados fueron que el 69% de los pacientes tienen una buena relación de ayuda de la enfermera y el 31% una relación de ayuda regular¹¹

c) Nivel Local

Al momento de la revisión bibliográfica no se encontraron investigaciones referentes al tema, convirtiéndose el tema

novedoso y en un antecedente para próximas investigaciones a nivel de la región de Piura y Tumbes.

2.1.2. Referencias históricas

Según las indagaciones referentes a la evolución histórica del VIH/SIDA, se pueden anotar las siguientes:

1978: Hombres homosexuales en los Estados Unidos y en Suecia, como también heterosexuales en Tanzania y en Haití comienzan a mostrar signos de lo que luego posteriormente se denominaría: enfermedad VIH / SIDA.

1980: Se producen 31 personas fallecidas por SIDA en los Estados Unidos, incluyendo todos los casos conocidos con anterioridad.²⁷

1981: Los Centers for Disease Control de los Estados Unidos (Centros de Control de Enfermedades) observan un índice alarmante de una rara forma de cáncer llamada "Sarcoma de Kaposi" en hombres homosexuales con antecedentes de buena salud. La primera denominación que se da a esta enfermedad es "gay cáncer", pero pronto lo llamaron GRID (gay related immune deficiency). Se denuncian 128 muertos por SIDA en los Estados Unidos.

1982: Los Centers for Disease Control (CDC) asocian esta nueva enfermedad con los hemoderivados y el contacto con sangre infectada. Se utiliza por primera vez el término AIDS (acquired immune deficiency syndrome).

1983: Los CDC advierten a los bancos de sangre acerca de un posible problema con el suministro de hemoderivados. El Instituto Pasteur, de París, descubre el virus VIH-1. El presidente Ronald Reagan aún no ha pronunciado en pública la palabra "SIDA". Se producen en los Estados Unidos, 1,503 muertes por SIDA. Se producen en los Estados Unidos 3,498 muertes por SIDA, incluyendo la de Gactan Dugas, quien hizo el papel de "paciente cero" en la película "Y la banda siguió tocando".²⁷

1985: La Federal Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos autoriza el primer test de anticuerpos contra el VIH. Los productos derivados de la sangre empiezan a ser testeados en los Estados Unidos y en el Japón. Se realiza la Primera Conferencia Internacional sobre SIDA en Atlanta, USA. El presidente Ronald Reagan aún no ha pronunciado en público la palabra "SIDA". Se funda en Los Ángeles, AMFAR (American Foundation for AIDS Research). Se producen en Estados Unidos 6,972 muertes por SIDA, incluyendo la del actor Rock Hudson.

1986: El ministro de Salud Pública de USA publica un informe sobre SIDA. Apela a la educación sexual.

1987: AZT o Zidovudina del laboratorio Glaxo Wellcome, se convierte en la primera droga contra el VIH aprobada por la FDA. La dosis recomendada es de una cápsula de 100 Mg. cada 4 horas, sin suspender ninguna dosis.

1988: Estados Unidos prohíbe la discriminación a empleados federales VIH positivos. Estados Unidos envía por correo 107 millones de ejemplares de "Entendiendo el SIDA", un folleto del ministro de salud pública Everett Koop. Se producen en Estados Unidos 27.666 muertes por SIDA, incluyendo a la estrella de televisión Amanda Blake.

1993: Los CDC redefinen el SIDA, incluyendo nuevas infecciones oportunistas. Se aprueban el denominado "preservativo femenino". En los Estados Unidos, la FDA se niega a realizar pruebas de sexo anal, alegando que la sodomía es ilegal en diversos Estados de la Unión.

1994: Se aprueba la venta en USA de d4T, del laboratorio Bristol Myers Squibb, un inhibidor nucleótido de la transcriptasa inversa. Se producen en Estados Unidos 46.810 muertes, incluyendo las de John Curry, patinador olímpico y la de Randy Shilts, autor del libro "Y la banda siguió tocando".

1995: Se aprueba el Saquinavir, de Roche, para su venta en Estados Unidos. Es la primera droga de la familia de los inhibidores de las proteasas. Los Estados Unidos admiten que fue el Instituto Pasteur de Francia, y no Robert Gallo, el que descubrió el virus que origina el SIDA. Se producen en Estados Unidos 43,652 muertes por SIDA, incluyendo la de Easy-E, estrella de rap "gangsta".

1996: Se aprueba en los Estados Unidos la venta de nevirapina, de Laboratorios Roxane. Es la primera droga para VIH de las denominadas inhibidores no nucleótidos de la transcriptasa inversa. Se aprueba en USA la venta de Ritonavir, del laboratorio Abbott, inhibidor de las proteasas. Se Aprueba en USA Indinavir, de Merek, inhibidor de las proteasas. Japón denuncia a la corporación Green Cross Pharmaceutical Corporation por comercializar sangre infectada. Investigadores de la Universidad de San Francisco, USA, manifiestan certeramente que el Sarcoma de Kaposi es producido por el virus herpes tipo-8.

1997: Las muertes por SIDA, en el mundo, ascienden a 6.400.000 personas.

2.2. Marco Legal

Para el presente estudio se ha tomado como base legal las que se encuentran en la Norma Técnica de Salud. NTS N°097 - MINSA/DGSPV.02⁷ "NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN

INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)”

1. Ley N°26626, Ley CONTRASIDA, que encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
3. Ley N° 28243, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual.
4. Resolución Ministerial N°376-2008-TR "Medidas Nacionales frente al VIH y SIDA en el lugar de trabajo" del 28 de Noviembre del 2008.
5. Resolución Ministerial N°768-2010-MINSA, que aprueba El Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y TB por riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud 2011 - 2015.
6. Resolución Ministerial N°607-2012/MINSA, que aprueba la NTS N°097MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)".
7. Resolución Ministerial N°567-2013-MINSA, que aprueba la NTS N°102 - MINSA/DGPS.V.01 "Norma Técnica de Salud para la atención Integral

y Tratamiento Antirretroviral de los Niños, Niñas y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

2.3. Marco conceptual

Adherencia: La adherencia es el acto o cualidad de pegarse a algo con devoción, se alcanza cuando los regímenes prescritos han sido resultado de una decisión compartida entre el individuo y el proveedor. La adherencia al tratamiento en VIH/SIDA consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos realizados y las recomendaciones discutidas y aceptadas en la interacción con los profesionales de la salud que lo atienden, en una dinámica de implicación activa del paciente en el control de su enfermedad.

Portador: Ser portador del virus o ser seropositivo significa que puede transmitir la enfermedad, pero que todavía no la ha desarrollado (puede tardar varios años y hasta entonces no presentar ningún síntoma de la enfermedad)¹⁹

TARGA: Es el tratamiento que implica la combinación de tres o más drogas antirretrovirales de diferente principio farmacológico y que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmunológica del paciente en fase de inmunodeficiencia¹⁰

Adherencia al TARGA: La adherencia al tratamiento implica entonces múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento⁸

VIH/SIDA: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, más referido por su acrónimo SIDA, es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH, se dice que una persona padece de SIDA cuando su organismo, debido a la inmunodeficiencia provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones que aquejan a los seres humanos.¹⁵

Seropositivo: Cuando un sujeto presenta anticuerpos frente al virus del VIH se dice que es seropositivo. Sin embargo, la seropositividad no indica que se padece SIDA ni predice la evolución hacia la enfermedad¹⁵

2.4. Marco Teórico

El VIH es considerado a nivel mundial un problema de salud pública de mayor importancia y uno de los desafíos más grandes para la vida y la dignidad de los seres humanos. Afecta a todas las personas sin distinción de su condición económica, edad, raza, sexo, condición ocupacional, orientación sexual o identidad de género; observándose

que los habitantes de los países en desarrollo como el nuestro son los más afectados.

El VIH es un daño asociado principalmente a los comportamientos sexuales de riesgo y se extiende en gran medida entre los varones y personas más jóvenes de zonas urbanas de las grandes ciudades del país, principalmente en la costa y selva. Esta enfermedad representa grandes riesgos para la población, y de no ser controlada pueden impactar de manera importante en la vida económica y social de todo el país.

El VIH es un tipo especial de virus llamado retrovirus aún más sencillo que los virus ordinarios, los retrovirus tienden a ser más difíciles de combatir implantando sus genes en el ADN de la célula que también contienen el virus. Los retrovirus hacen réplicas de sus genes en la célula atacada con un alto nivel de errores; la velocidad a la que se reproduce el VIH resulta en un acelerado ritmo de mutación del virus a medida que se disemina, más aún el revestimiento envuelve la partícula del VIH y está compuesto del mismo material que algunas células humanas, lo que dificulta que el sistema inmunológico pueda distinguir entre las partículas virales y las células saludables⁴.

La mitad de las personas que contraen el VIH padecen de síntomas similares al de un resfriado entre las primeras cuatro semanas de ser infectadas; los síntomas incluyen fiebre, fatiga, erupciones cutáneas,

dolor en las articulaciones, cefalea y nódulos linfáticos inflamados. En un sistema inmunológico saludable tiene entre 600 y 1200 células CD4 por milímetro cúbico de sangre; si se reduce a 200, se considera que el paciente tiene SIDA; algunas personas con VIH pueden vivir durante varios años sin desarrollar el SIDA, sintiéndose saludable y sin señales obvias del virus, otras pueden padecer de síntomas como la pérdida de peso, sudores frecuentes, infecciones fúngicas, erupciones cutáneas, y pérdida de la memoria.

El VIH se encuentra en todos los fluidos corporales, pero sólo en concentración suficiente para su transmisión en la sangre, semen, secreciones vaginales, líquido amniótico y la leche materna de una persona infectada por el virus. Se conoce tres vías de transmisión: vía sexual, sanguínea y perinatal o vertical.

Esta enfermedad se caracteriza por estadios o fases, las cuales son cuatro, en el Estadio I o fase de infección aguda, comprende desde el ingreso del virus al organismo hasta cuando el sujeto infectado comienza a producir anticuerpo contra el virus (usualmente entre 6 a 10 semanas); al final de esto el individuo se ha convertido, es decir que el individuo está infectado con el VIH y por lo tanto lo puede transmitir a otras personas; esta fase puede ser asintomática o presentarse con una serie de síntomas pseudogripales como: fiebre, cefalea, eritema, linfadenopatias y sensación de malestar; los cuales

desaparecen al cabo de una o dos semanas. En esta fase, el virus (VIH) se multiplica a gran velocidad sufriendo diversas mutaciones genéticas, en un primer momento se produce un descenso de la cifra de linfocitos TCD4, pero al poco tiempo alcanzan unas cifras normales en respuesta a una activación del sistema Inmunológico, siendo los individuos altamente contagiosos durante esta fase.

El Estadio II o Fase Asintomática, es un periodo en el que el individuo luce sano, no tiene manifestaciones clínicas (síntomas), puede durar diez años a más; durante este periodo el virus continúa replicándose causando destrucción progresiva del sistema inmunológico.

En el Estadio III o Fase Linfadenopática o Sintomática Leve, el individuo infectado empieza a tener manifestación relacionada a un deterioro de la inmunidad, caracterizado por el crecimiento de ganglios linfáticos en diferentes regiones del cuerpo, también se observa mayor frecuencia de episodios de Herpes Zoster, Candidiasis Oral o Vaginal, episodio de fiebre o diarrea (Síntomas constitucionales). En base a estudios extranjeros, se conoce que el curso natural de la infección hasta este punto puede tomar entre 8 y 10 años en promedio.⁴

En el Estadio IV o SIDA, hay una caída significativa de los linfocitos TCD4 (<200 cel/mm³) y el virus se reproduce muy activamente; el sujeto comienza a presentar una serie de problemas relacionados a la infección

por el VIH y múltiples infecciones que atacan al sistema inmunológico (infecciones oportunistas o algunas variedades de cáncer que en condiciones normales no se producirían). Durante esta fase, se produce el Síndrome Caquético de VIH, Neumonía por *Pneumocystis Carinii*, toxoplasmosis cerebral, Criptosporidiasis, con diarreas mayores de un mes, TBC extra pulmonares, Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones, Encefalopatías por VIH, Linfoma de Sarcoma de Kaposi.⁴

Las pruebas de laboratorio para VIH tienen como finalidad detectar la presencia de anticuerpos en la sangre para determinar la infección; la técnica de laboratorio utilizada habitualmente para detectar anticuerpos para el VIH se denomina Técnica ELISA (acrónimo del inglés Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay: 'Ensayo por inmuno absorción ligado a enzimas) , procedimiento que debe realizarse dos veces en un periodo de seis meses por que la infección puede encontrarse en el periodo de ventana inmunológica en situaciones especiales se utiliza una técnica de laboratorio llamada Western Blot, este método es muy específico y su resultado es definitivo.³

En el Perú el Ministerio de Salud (MINSA) brinda el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad conocido como TARGA, el cual consta de una combinación de tres tipos de medicamentos antiretrovirales que controlan la cantidad de virus en la sangre y mejora el sistema de defensas del organismo, se ofrecen gratuitamente en los establecimientos de salud. La eficacia del TARGA se halla limitada por

dos circunstancias interrelacionadas entre sí las resistencias del VIH y la falta de adherencia al tratamiento. Con los fármacos existentes en la actualidad la erradicación del VIH no es posible, y con el paso del tiempo el virus desarrolla mutaciones que le confieren resistencia; por otro lado, la falta de adherencia al TARGA disminuye la presión contra el virus y favorece claramente el desarrollo de resistencia y la progresión de la infección.³

La adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral; la adherencia es un compromiso voluntario del paciente y una participación activa responsable del mismo. El modo de alcanzar niveles plasmáticos eficaces para controlar la replicación viral supone el cumplimiento de la toma, en sus dosis, horarios, y su complementación dietética. Por el contrario, la no adherencia supone una disminución de los niveles plasmáticos y un aumento de la replicación viral, conllevando a un problema clínico y de salud pública.

Un promedio del 50% de los pacientes en tratamiento antirretroviral, no son plenamente adherentes, al igual que sucede con otros tratamientos de larga duración; además en el caso del tratamiento antirretroviral es necesario que el paciente sea cumplidor del tratamiento, como mínimo al 95%, para obtener resultados satisfactorios³

Para esto se ejecutan tres fases para la adherencia al tratamiento: Primera fase previa desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento: representa el primer encuentro del paciente con el equipo multidisciplinario (médico(a), enfermero(a), psicólogo(a), trabajador(a) social, promotor(a) de salud), la identificación del “agente de soporte personal” (familiar o allegado que actúa como agente sanitario en la supervisión del tratamiento), la aceptación del “Grupo de Ayuda Mutua”(GAM) del establecimiento (pares organizados para soporte de grupo), selección del esquema terapéutico y del esquema de supervisión para la adherencia.¹⁵

Segunda fase de formación de conducta de adherencia: aplicación intensiva de las líneas de acción por parte del equipo multidisciplinario, momento de máxima interacción entre el servicio, los pacientes y sus acompañantes en la aplicación del esquema de supervisión para la adherencia, el GAM acoge al nuevo integrante en sus actividades. La duración de esta fase puede variar de acuerdo a la evaluación del paciente por el equipo multidisciplinario y por la demanda de nuevos pacientes (puede ser aproximadamente de tres meses)¹⁶

Tercera fase de sostenibilidad para la adherencia: es la fase de por vida, la supervisión de tratamiento es realizado por el “agente de soporte personal” en coordinación con el equipo de salud, se tomará en cuenta la evaluación mensual del paciente para dar sostenibilidad a la

adherencia. Se debe considerar el “Desgaste” o “Agotamiento” de la adherencia con el transcurrir del tiempo para dar refuerzo a las actividades de soporte.¹⁶

Existen factores favorecedores y desfavorecedores de la adherencia al TARGA, entre estos están los factores relacionados con el tipo de paciente como son las características sociodemográficas variables como la edad, el sexo, el estado económico o el nivel de instrucción, que influyen en la adherencia al tratamiento. También hay características psicológicas como tener una red de soporte, estados de ánimo, estados depresivos, ansiedad o stress, pueden condicionar la adherencia. Así como la presencia de estados de adicción a drogas o alcohol; son un factor predictivo de mala adherencia. Además, la capacidad del paciente para entender la relación entre adherencia y resistencia a la medicación, predice una mejor adherencia.⁴

Factores relacionados con la enfermedad, sostienen que los pacientes con grado avanzado de la enfermedad son más adherentes ante la esperanza de recuperación, mientras que el temor y la marginación social, influyen negativamente en la adherencia al tratamiento.

Factores relacionados con el régimen terapéutico, el cual demuestra que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo, ya que los esquemas terapéuticos interfieren

con los hábitos de vida previos como los horarios de toma de medicamentos de difícil cumplimiento, las restricciones dietéticas o hábitos alimentarios que requieren algunos antirretrovirales, y por otro lado, los esquemas con antirretrovirales con efectos indeseables o reacciones adversas severas, predisponen altamente a la no adherencia²¹

Otro factor tiene que ver con el equipo asistencial y sistema sanitario, dado que la relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia en la influencia al tratamiento, caracterizada por la satisfacción del mismo , puesto que al dar confianza para expresar dudas desde una percepción positiva, mostrándole al paciente ser competente, con sentimientos positivos, amabilidad en el trato, empatía, brindando información adecuada por medio de un canal de comunicación efectivo con confidencialidad y retroalimentación al paciente ,el cual favorece una buena adherencia al TARGA.

Adherencia en pacientes adultos VIH positivos:

La supervivencia y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ha aumentado considerablemente en los últimos años, debido a la eficacia del TARGA. Sin embargo, la falta de adherencia al TARGA se considera uno de los factores principales del fracaso terapéutico y aparición de resistencias virales.^{18,19}

Factores como la complejidad de las pautas de tratamiento, la satisfacción con el tratamiento, la relación paciente-profesionales sanitarios, el consumo activo de drogas y/o alcohol, las enfermedades mentales, las características culturales y socioeconómicas, la falta de seguimiento y los efectos secundarios, y la edad influyen independiente y significativamente en la adherencia de los pacientes con VIH²⁰ Se ha definido la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH como «la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TARGA, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral y recuperación inmunológica

Fases del TARGA:

Algunos autores sugieren que el nivel de adherencia requerido para una supresión viral sostenida puede ser inferior con el tiempo (más allá del primer año de inicio del TARGA), en comparación con las fases de inicio del tratamiento (durante los 4 primeros meses). Incluso hay estudios que demuestran que con adherencias entre el 75-94% disminuye la proporción de pacientes con carga viral detectable, siendo estas diferencias estadísticamente significativas²¹.

Estos resultados sugieren que los pacientes que inician tratamiento con el TARGA, pasan por dos fases claramente diferenciadas:

1. Fase de inducción: en la que se requiere una alta adherencia para el éxito Inmunovirológico a largo plazo.
2. Fase de mantenimiento: en la que pequeñas desviaciones de la adherencia no afectan al éxito inmunovirológico a largo plazo.

Por otro lado, también se observa que no hay influencia del tiempo sobre los patrones de los factores asociados con la no adherencia al TARGA tras el mes 12 de tratamiento²²

Sin embargo, la eficacia óptima del TARGA no requiere sólo adherencia a las dosis prescritas, sino también una adherencia adecuada a los horarios de toma de dosis y a las recomendaciones dietéticas que son necesarias para la toma adecuada de ciertos fármacos.

De hecho, Nilsson et al. sugiere que la supresión viral a largo plazo requiere un alto y persistente porcentaje de adherencia a las dosis así como a los intervalos entre las dosis. No obstante, parece que hay consenso acerca de que la adherencia a los horarios de toma de la medicación y a las recomendaciones dietéticas no son factores tan críticos como la adherencia a las dosis²²

Sexo:

En general, se observan peores tasas de adherencia en el sexo femenino que en el masculino, lo cual ha sido recogido en varios estudios. Algunos autores han relacionado este hecho con una presencia mayor de efectos secundarios y una prevalencia mayor de depresión en este grupo, así como con la prostitución y con el hecho de tener hijos a su cargo.

Edad:

Se estima que en el 50% de los casos, el VIH se adquiere durante la segunda década de la vida. Clásicamente se ha encontrado peor cumplimiento en pacientes muy jóvenes y mejor cumplimiento en pacientes mayores de 65 años. Un análisis reciente, que incluyó 12 grandes estudios, ha mostrado que los pacientes mayores tienen menos riesgo de mala adherencia. Estos datos están apoyados por otros estudios en los que se han encontrado peores tasas de adherencia (2950%) en jóvenes en comparación con las halladas en cohortes de adultos en regímenes similares (80-90%).

Dentro de la población adulta no anciana, los mayores ratios de adherencia se obtuvieron en pacientes con edades comprendidas entre

los 32 y los 35 años. Frente al cuidado que presenta el paciente, este debe adherirse al TARGA, considerando que es la única vía que le permitirá prolongar su vida, dada su situación irreversible para el paciente que ha contraído el VIH-SIDA. Una de las teorías de enfermería que se relaciona con el presente trabajo de investigación es la Teoría del autocuidado de Dorothea Orem (1972), denominada: **Teoría del autocuidado**: que consiste en la práctica permanente de actividades que las personas adultas que inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por sus propios medios y sobretodo con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano para continuar con el desarrollo personal y su bienestar²⁸

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Nivel

3.1.1. Tipo de Investigación

Hernández S²⁵. (1.994) al respecto indica: "El termino diseño se refiere al plan o estrategia concebida para responder a las preguntas de investigación" (pág. 108) de acuerdo al problema planteado y al objetivo general definido esta investigación se realizó bajo la modalidad de un trabajo de campo de tipo descriptivo, al respecto Hernández S. (1.994) refiere: "los estudios descriptivos buscan especificar las prioridades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis" (pág. 60),

3.1.2. Nivel de la Investigación

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo Transversal.

Cuantitativa: Medición objetiva, estructurada y sistemática basada en análisis estadísticos.

Correlacional: A través de la aplicación del nivel de significancia de Chi cuadrada se determinó si las variables de estudio se relacionan con el TARGA VIH/SIDA.

Corte Trasversal: Se realizó en un momento y tiempo definido.

3.2. Método

El método que se utilizó en la presente investigación es el método científico para la realización de trabajos de investigación científica, el mismo que se contempla en el desarrollo o proceso de la Investigación, enfatizándose el método deductivo, para el proyecto de investigación, que parte de los datos generales a los datos específicos, y para ejecución se aplicará el método inductivo partiendo de la aplicación del Instrumento de recojo de datos, hasta llegar a la aceptación o rechazo de la Hipótesis de investigación.

3.3. Diseño de la Investigación

El diseño de investigación que utilizó el proyecto de investigación es:

Tipo de diseño²⁶: No experimental

Diseño general: Transaccionales o transversales.

Diseño específico: Correlacional, permite al investigador analizar y relacionar las variables de investigación la realidad, para conocer su nivel

de influencia o ausencia, busca determinar el grado de relación que existe entre las variables que se estudian en este caso la relación existente entre los factores asociados al TARGA VIH/SIDA.

3.4. Operacionalización de la Hipótesis y variable de la Investigación

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS, VARIABLES E INDICADORES¹⁹

HIPÓTESIS	VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE MEDICIÓN
Los factores asociados se relacionan a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jomotumbes. Mayo-Agosto 2017	Factores asociados a la adherencia al TARGA	La Adherencia es el grado de interacción entre los servicios de salud y el usuario que contribuya al cumplimiento del tratamiento y las indicaciones terapéuticas para la -Terapia Antirretroviral de Gran Actividad. Existen diversos factores como el demográfico, social, cultural, económico, etc.	Son aquellas condiciones o circunstancias que según los pacientes con VIH/SIDA estarían asociados a la Adherencia al TARGA, obteniéndose dicha información a través de una encuesta, siendo el valor final de presente o ausente.	Factor demográfico	Edad	Ordinal	18-25 26-40 40-64
					Sexo	Nominal	Masculino Femenino
				Factor Social	- Parentesco con el jefe del hogar - Seguro social - Nivel educativo	Nominal	Adecuado No adecuado
				Factor económico	- Total de ingresos económicos - Tenencia de bienes	Ordinal	Pobre No pobre

3.5. Variables

3.5.1. Variable Independiente

Factores demográficos, sociales y económicos.

3.5.2. Variable Dependiente

Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana-SIDA.

3.6. Cobertura del estudio de la investigación

3.6.1. Universo

El universo del presente proyecto de tesis lo constituyen todos los pacientes con VIH / SIDA que fueron atendidos en el Hospital de Apoyo JAMO de Tumbes. Mayo – Agosto 2017.

3.6.2. Población

La población del presente proyecto de tesis lo conformaron 147 pacientes con VIH / SIDA que fueron atendidos en el Hospital de Apoyo JAMO de Tumbes. Mayo – Agosto 2017.

3.6.3. Muestra

La muestra del presente proyecto de tesis lo conformaron 30 los pacientes con VIH / SIDA que fueron entrevistados en el Hospital de Apoyo JAMO de Tumbes. Mayo – Agosto 2017.

3.6.4. Muestreo

Para el cálculo del número de la muestra se empleó el muestreo por conveniencia o intencional, debido a que el investigador selecciona directamente a los individuos de la población, por el libre acceso a la ubicación del paciente, y por el conocimiento objetivo de la realidad de estudio²¹.

3.7. Técnicas, Instrumentos y Fuentes de Recolección de Datos

3.7.1. Técnicas de Investigación

Para efecto del presente proyecto de tesis, se utilizó como técnica la encuesta, la misma que se aplicó a los pacientes con VIH / SIDA atendidas en el Hospital de Apoyo JAMO de Tumbes.

3.7.2. Instrumentos de Investigación

Para medir los factores sociales y económicos se utilizó el siguiente instrumento:

Cuestionario de Evaluación de adherencia al tratamiento al VIH/Sida (se adjunta en anexos).

Ficha de Evaluación socioeconómica (se adjuntan en anexos). Dicho instrumento es una ficha que utilizó el Ministerio de Salud a nivel Nacional y que ya está aprobada, por lo que no hay necesidad de aplicar la validación del instrumento.

3.7.3. Fuentes de Recolección de Datos

Se solicitó la autorización al director del Hospital de Apoyo “JAMO” para la identificación de casos, de los pacientes citados.

Se solicitó la participación del paciente que asiste al programa TARGA, leyéndole el objetivo del estudio.

Se obtuvo la firma del consentimiento Informado de los pacientes seropositivos en previa lectura del mismo.

Se aplicó la encuesta inmediatamente después de la consulta médica.

Se anotó en el instrumento los datos obtenidos.

Se realizó el procesamiento de los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS versión 20, estableciendo una base de datos, a través de las variables y se procedió a introducir los datos para que sean procesados, obteniéndose tablas simples de porcentajes, y se graficaron en los resultados. Para la relación de variables, se cruzó la información y con la aplicación de la fórmula de chi cuadrada se obtendrá la relación y el grado de significancia de cada factor asociado al TARGA según los resultados mayoritarios entre los factores se determinó la aceptación de la Hipótesis de investigación y/o la nula.

3.7.4. Principios Éticos

Dada las características del tema, y para facilitar una información veraz, se cumplen con una serie de requisitos o consideraciones éticas.

VERACIDAD: Se compromete a preservar la privacidad y confidencialidad de los datos aportados por cada paciente y su identidad a lo largo de todo el asesoramiento del proyecto.

RESPECTO: Se describe a los sujetos participantes, la naturaleza del estudio y los derechos del participante, ante todo se respetó al paciente que participa en un todo y en su toma de decisión.

CONFIDENCIALIDAD: La fundamentación ética de la norma de veracidad, está en el principio de respeto por la autonomía de las personas. Se establece previamente un pacto que tiene en cuenta los siguientes puntos:

- Ningún paciente fué obligado a participar en la investigación. - Al paciente encuestado se le explicó las razones del estudio.
- La encuesta entregada es de carácter anónimo y la confidencialidad de los resultados.
- Todos los datos recolectados se utilizó con fines exclusivos de investigación.

3.8. Procesamiento estadístico de la Información

3.8.1. Estadístico

La presentación de los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento de recolección de datos, fueron procesados mediante el programa SPSS versión 20, estableciendo una base de datos,

introduciendo los resultados, y posteriormente se obtuvieron los cuadros estadísticos simples, las mismas que se presentan en el presente trabajo de investigación, utilizando frecuencias absolutas (F) y las frecuencias (f) relativas, a cada uno de los cuadros se ha procedido al análisis respectivo, el mismo que se consigna después de cada cuadro

Los cuadros se presentan en bloques según los objetivos específicos, los resultados son confrontados con los antecedentes de investigación, encontrando la relación o no, ellos sirvieron para encontrar las deducciones.

3.8.2. Representaciones

Cada uno de las tablas se representa mediante un gráfico de barras , para poder visualizar los resultados obtenidos. Después de cada grafico se precisa la fuente de información obtenida.

3.8.3. Contratación de Hipótesis

Se realizó a través de los resultados obtenidos en la relación según el grado de significancia de chi cuadrada, en cada uno de los factores, demográficos, social y económico, de esta manera se ha determinado la aceptación de la hipótesis de investigación.

CAPÍTULO IV

ORGANIZACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Presentación de resultados

4.1.1. Resultados parciales

TABLA 1.

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

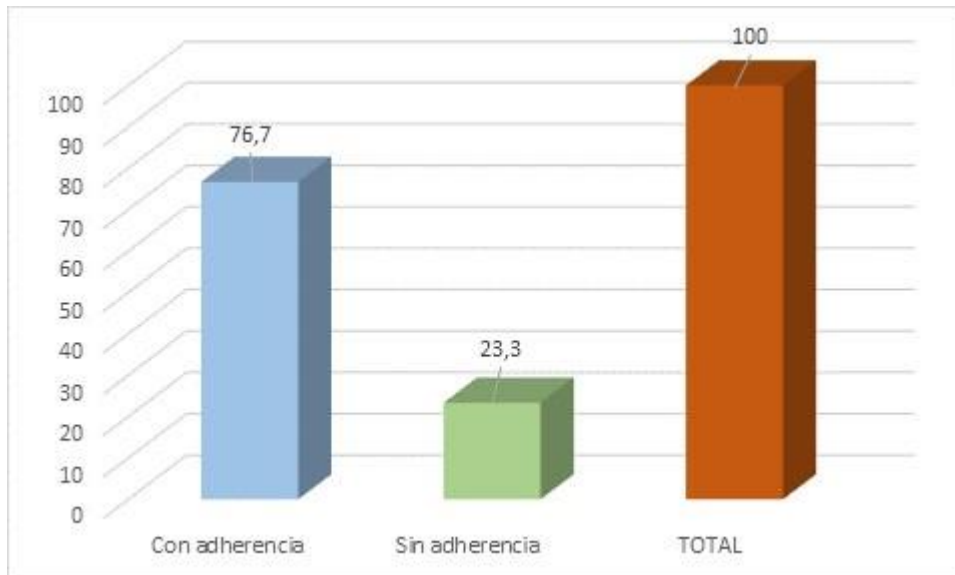
ADHERENCIA	F	F
Con adherencia	23	76,70
Sin adherencia	7	23,30
TOTAL	30	100,00

ANÁLISIS

Los resultados obtenidos respecto a la adherencia de los pacientes al programa TARGA, se evidencia que el 76.70% asisten al programa

GRÁFICO 1.

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN LA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017



Fuente: Cuestionario de Evaluación de adherencia al tratamiento al VIH/Sida aplicado a los personas que asisten al programa TARGA

TABLA 2

FACTORES DEMOGRÁFICOS (EDAD) DE LOS PACIENTES SEGÚN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO- AGOSTO 2017

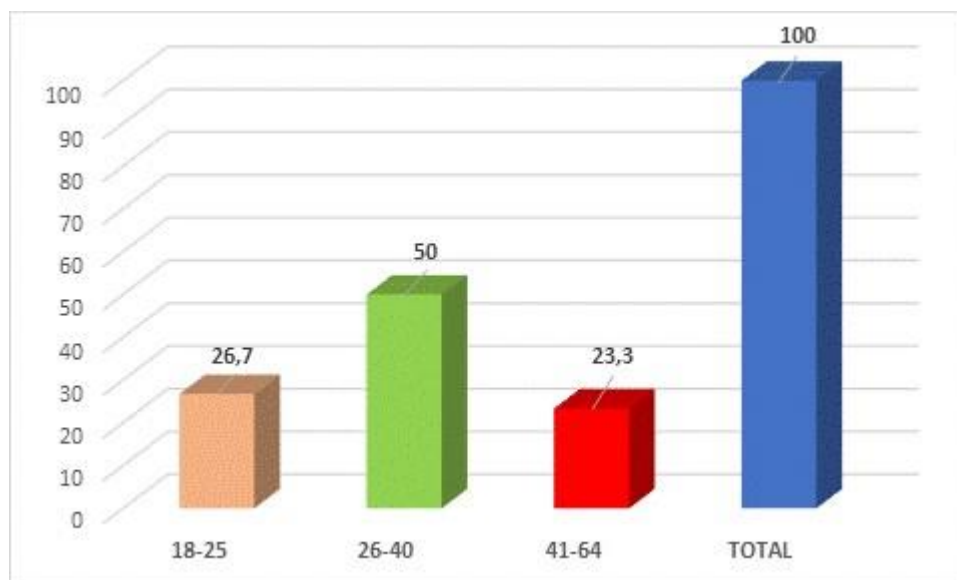
EDAD	F	f
18-25	8	26.70
26-40	15	50.00
41-64	7	23.30
TOTAL	30	100.00

ANÁLISIS

Los datos estadísticos que presenta la tabla 2, evidencia que el 50% de pacientes que asisten al programa TARGA, poseen entre las edades de 26 a 40 años, y el 23.30% poseen entre las edades de 41 a 64 años de edad.

GRÁFICO 2

FACTOR DEMOGRÁFICO (EDAD) DE LOS PACIENTES SEGÚN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO- AGOSTO 2017



Fuente: Cuestionario de Evaluación de adherencia al tratamiento al VIH/Sida aplicado a los personas que asisten al programa TARGA

TABLA 3

FACTOR DEMOGRÁFICO (SEXO) DE LOS PACIENTES SEGÚN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO- AGOSTO 2017

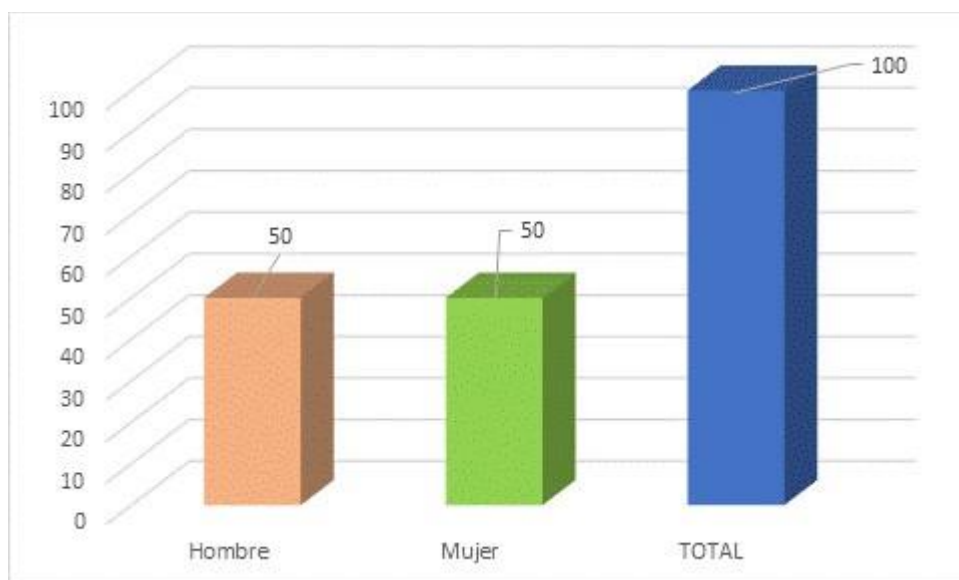
SEXO	F	f
Masculino	15	50.00
Femenino	15	50.00
TOTAL	30	100.00

ANÁLISIS

La presente tabla estadística nos refleja que de los 30 pacientes que asisten al tratamiento TARGA, el 50% corresponden al sexo masculino y en igual proporción el sexo femenino.

GRÁFICO 3

FACTOR DEMOGRÁFICO (SEXO) DE LOS PACIENTES SEGÚN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO- AGOSTO 2017



Fuente: Cuestionario de Evaluación de adherencia al tratamiento al VIH/Sida aplicado a los personas que asisten al programa TARGA

TABLA 4

FACTOR SOCIAL DE LOS PACIENTES SEGÚN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

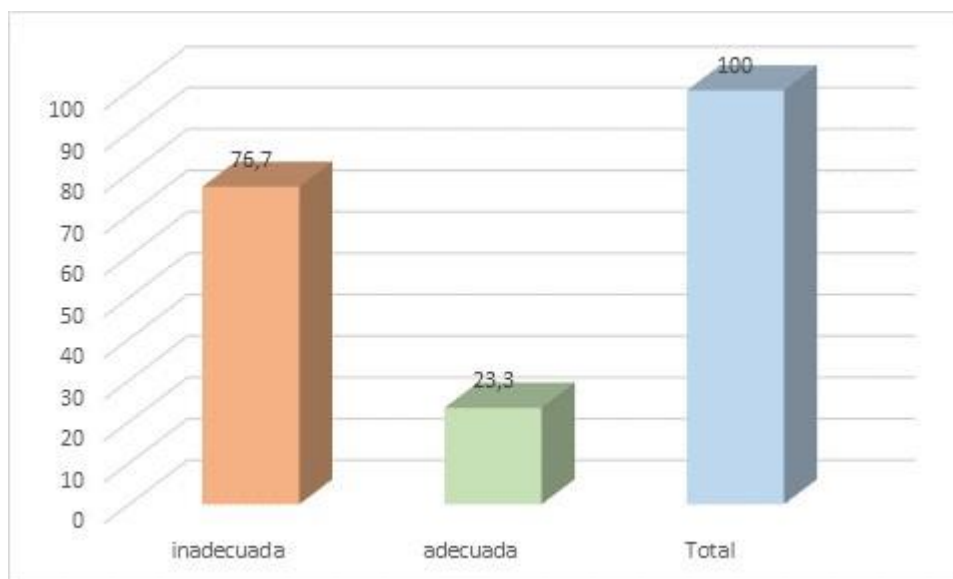
		F	f
Válidos	inadecuada	7	76.70
	adecuada	23	23.30
	Total	30	100.00

ANÁLISIS

Los resultados obtenidos respecto al factor social en la adherencia al TARGA, indican un 76% es inadecuado.

GRÁFICO 4

FACTOR SOCIAL DE LOS PACIENTES SEGÚN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017



Fuente: Cuestionario de Evaluación de adherencia al tratamiento al VIH/Sida aplicado a las personas que asisten al programa TARGA

TABLA 5

FACTOR ECONÓMICO DE LOS PACIENTES SEGÚN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

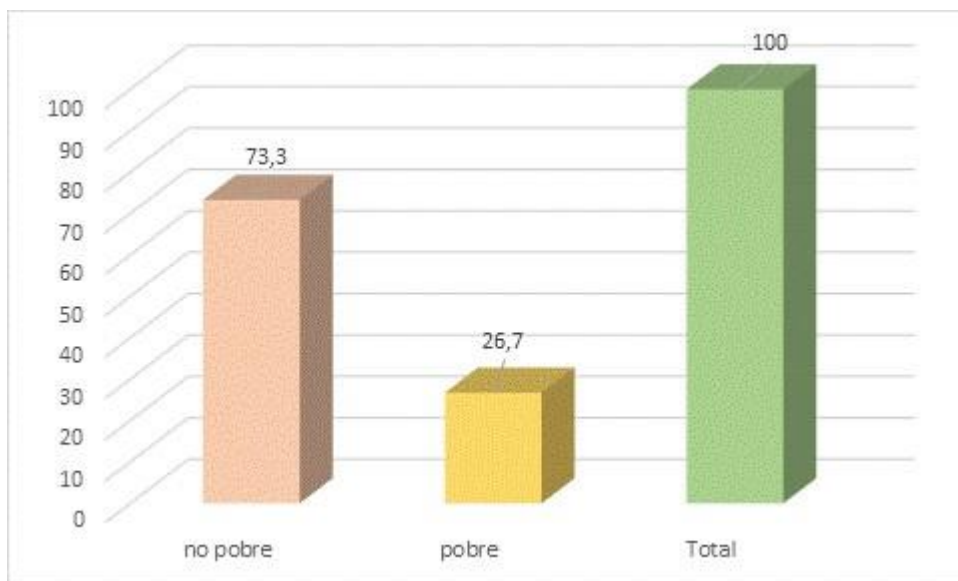
Aspecto Económico	Frecuencia	Porcentaje
no pobre	22	73.3
Pobre	8	26.7
Total	30	100.0

ANALISIS

Los resultados obtenidos respecto al factor económico en la adherencia al TARGA, son que el 73.3% evidencia no ser pobre, y el 26.7% es pobre.

GRÁFICO 5

FACTOR ECONÓMICO DE LOS PACIENTES SEGÚN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017



Fuente: Cuestionario de Evaluación de adherencia al tratamiento al VIH/Sida aplicado a las personas que asisten al programa TARGA

TABLA 6

RELACIÓN ENTRE EL FACTOR DEMOGRÁFICO (EDAD) DE LOS PACIENTES CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

Factor demográfico		Adheren		Total
		Sin adherencia	Con adherencia	
Edad del encuestado	18-	6	2	8
	25	11	4	15
	26-40	6	1	7
	41-61			
Total		23	7	30

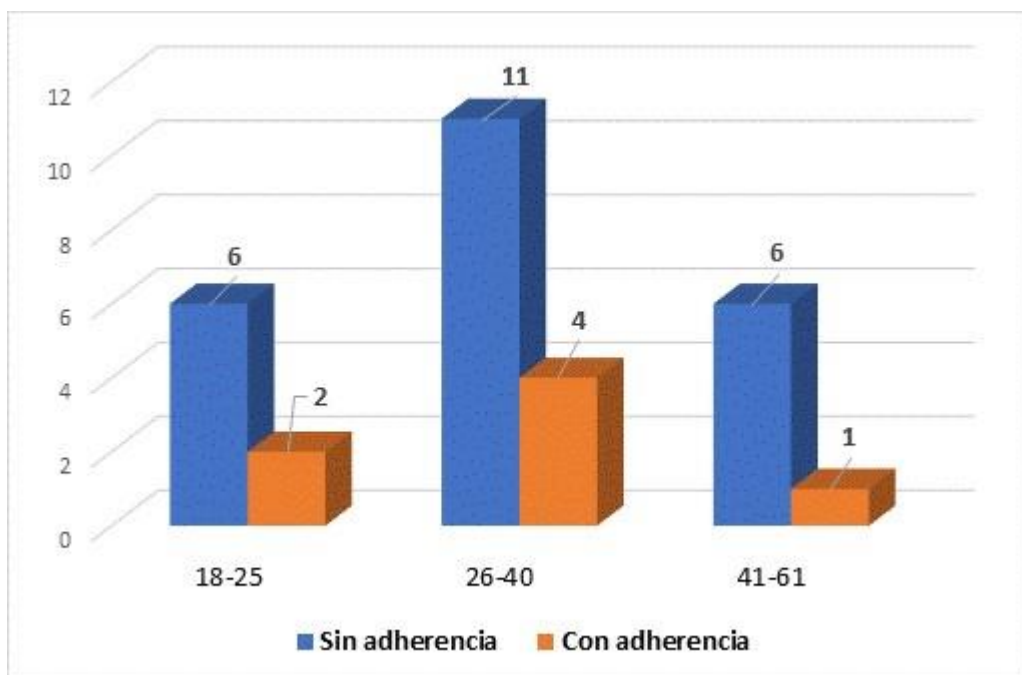
$$X^2 = 0,24259 \leq 5.99 \text{ (aceptación de } H_0 \text{)}$$

ANÁLISIS

Los resultados de la presente tabla indican que 15 de los 30 investigados tienen edad de 26 a 40 años, de los cuales 11 no tienen adherencia al TARGA, la chi cuadrada precisa que el factor demográfico referido a la edad si guarda relación.

GRÁFICO 6

RELACIÓN ENTRE EL FACTOR DEMOGRÁFICO (EDAD) DE LOS PACIENTES CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017



Fuente: Resultado de aplicación de prueba chi cuadrada del factor demográfico (edad) asociado a la adherencia al tratamiento al VIH/Sida aplicado a las personas que asisten al programa TARGA

TABLA 7

RELACIÓN ENTRE EL FACTOR DEMOGRÁFICO (SEXO) DE LOS PACIENTES CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

Factor demográfico (sexo)	Adherencia		Total
	Sin adherencia	Con adherencia	
Sexo del encuestado Hombre	11	4	15
Mujer	12	3	15
Total	23	7	30

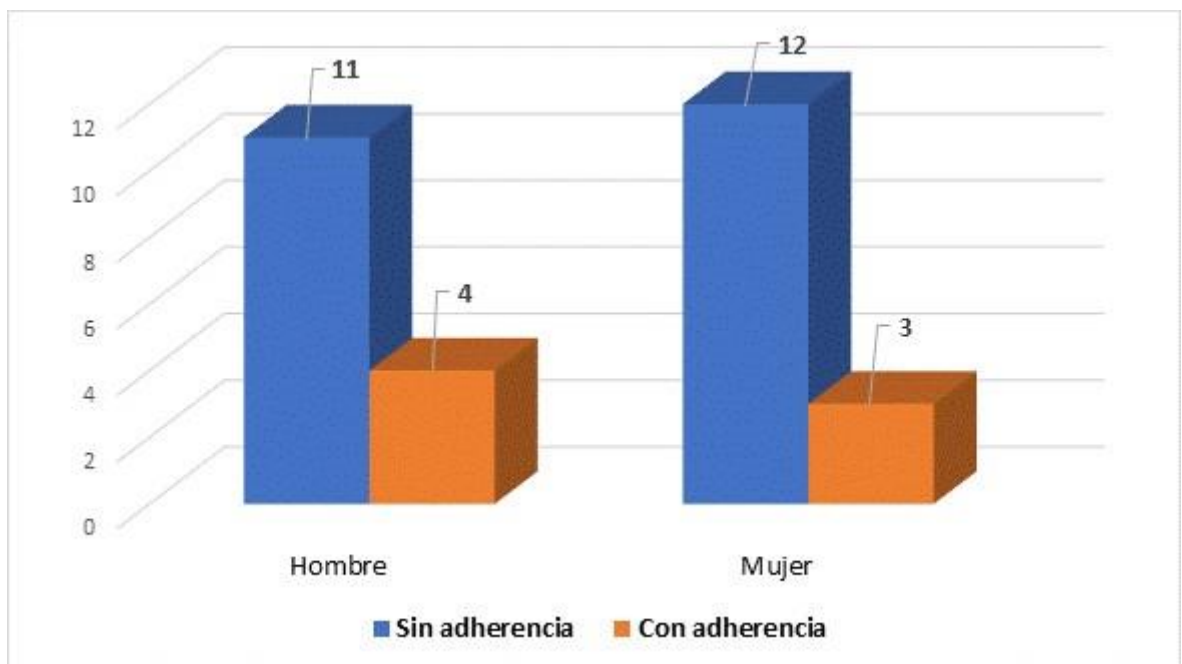
$$X^2 = 6,3928 \geq 3.84 \text{ (rechazo de } H_0 \text{)}$$

ANÁLISIS

Se puede evidenciar que el factor sexo, existe una coincidencia en el número total según el sexo, ambos ascienden a 15 unidades de análisis, y se aprecia que 12 del sexo femenino no tienen adherencia al programa seguido de 11 del sexo masculino, los resultados de chi cuadrada determina que no existe relación.

GRÁFICO 7

RELACIÓN ENTRE EL FACTOR DEMOGRÁFICO (SEXO) DE LOS PACIENTES CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMOTUMBES. MAYO-AGOSTO 2017



Fuente: Resultado de aplicación de prueba chi cuadrada del factor demográfico (sexo) asociado a la adherencia al tratamiento al VIH/Sida aplicado a las personas que asisten al programa TARGA

TABLA 8

RELACIÓN ENTRE EL FACTOR SOCIAL DE LOS PACIENTES CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

	Factor	Adherencia		Total
		Sin adherencia	Con adherencia	
Social	inadecuada	7	0	7
	adecuada	16	7	23
Total		23	7	30

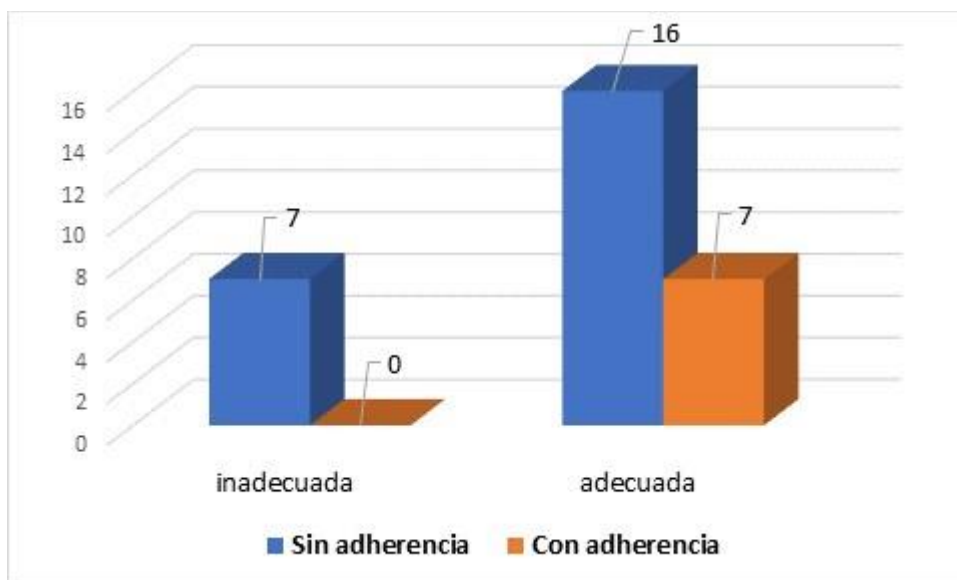
$$X^2 = 2,7788 \leq 3.84 \text{ (aceptación de } H_0 \text{)}$$

ANÁLISIS

Se evidencia que el factor social relacionado con la adherencia al programa TARGA, es adecuada, y estos resultados coinciden con la relación existente.

GRÁFICO 8

RELACIÓN ENTRE EL FACTOR SOCIAL DE LOS PACIENTES CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017



Fuente: Resultado de aplicación de prueba chi cuadrada del factor social asociado a la adherencia al tratamiento al VIH/Sida aplicado a las personas que asisten al programa TARGA

TABLA 9

RELACIÓN ENTRE EL FACTOR ECONÓMICO DE LOS PACIENTES CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017

Factor económico	Adherencia		Total
	Sin adherencia	Con adherencia	
Económico no pobre	19	3	22
pobre	4	4	8
	23	7	30

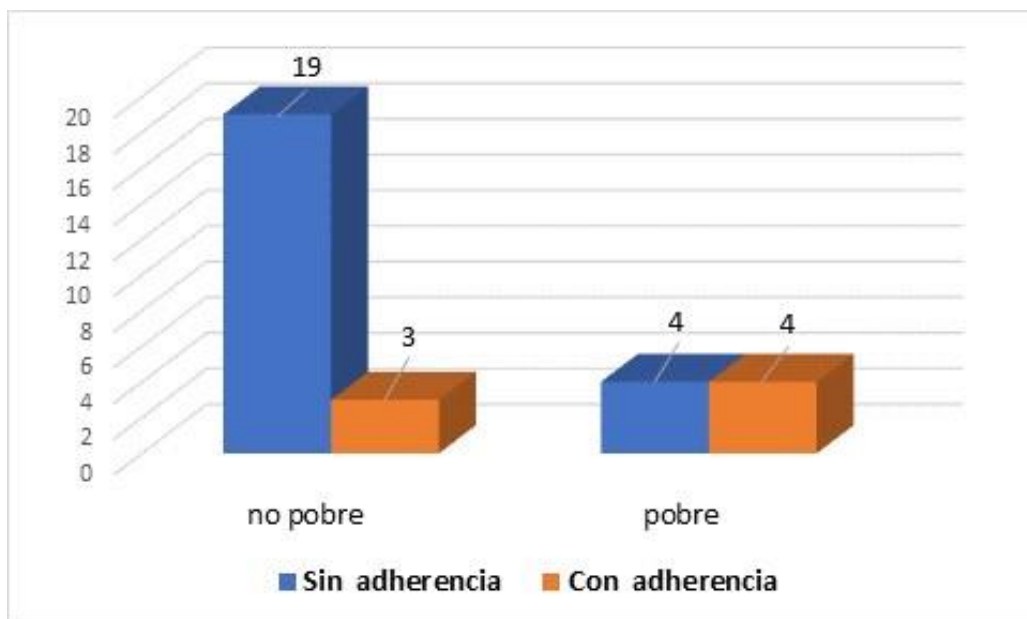
$$X^2 = 4,3365 \geq 3.84 \text{ (rechazo de } H_0 \text{)}$$

ANÁLISIS

La tabla estadística evidencia que de los 30 encuestados, 22 de ellos no son pobres, y su nivel es sin adherencia al programa TARGA. La prueba estadística de chi cuadrada, arroja que no existe relación del factor económico con la adherencia.

GRÁFICO 9

**RELACIÓN ENTRE EL FACTOR ECONÓMICO DE LOS PACIENTES
CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE
GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO-
TUMBES. MAYO-AGOSTO 2017**



Fuente: Resultado de aplicación de prueba chi cuadrada del factor económico, asociado a la adherencia al tratamiento al VIH/Sida aplicado a las personas que asisten al programa TARGA

4.1.2. Resultados generales

TABLA 10

RESULTADOS GENERALES DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA DEL HOSPITAL DE APOYO JAMO- TUMBES. MAYO- AGOSTO 2017

FACTORES		RESULTADO	
		PREDOMINO	RELACIÓN CHI2
DEMOGRÁFICO	Edad	26-40	$X^2 = 0,24259 \leq 5.99$ (aceptación de H_i)
	Sexo	Igual 50%	$X^2 = 6,3928 \geq 3.84$ (rechazo de H_i)
SOCIAL		Inadecuado	$X^2 = 2,7788 \leq 3.84$ (aceptación de H_i)
ECONÓMICO		No Pobre	$X^2 = 4,3365 \geq 3.84$ (rechazo de H_i)
<p>Según la prueba de significancia estadística de chi cuadrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe relación de adherencia con la edad - No existe relación de adherencia con el sexo - Existe relación de adherencia con el factor social - No existe relación de adherencia con el factor económico <p>Conclusión: Existe relación de la adherencia con los factores demográficos, sociales y económicos.</p>			

4.2. Contrastación de hipótesis

H1: Los factores asociados se relacionan a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo – Tumbes. Mayo – Agosto 2017.

H₀: Los factores asociados no se relacionan a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto 2017

De acuerdo a los resultados obtenidos se acepta la hipótesis de investigación.

4.3. Discusión de los resultados

Uno de los problemas sociales que afecta a la salud pública en nuestra realidad es el VIH/SIDA, esta situación no se había detectado antes de los años 80, las relaciones interpersonales parecieran que fueron respetuosas y el tema del sexo se consideraba un tabú, sin embargo, en el año 1981 se reconoció al SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida como una nueva enfermedad. Después de muchos intensos trabajos de investigación se logró determinar que se trataba de una enfermedad infecciosa producida por un agente viral. En 1983 se realizó el aislamiento del virus del SIDA o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

Actualmente, el SIDA se ha constituido en una epidemia a nivel mundial, concentrándose en los países en vías de desarrollo. La magnitud de la epidemia es tan grande que uno de cada 100 personas entre 15 y 49 años, vive con el VIH. El 60 % de las infecciones ocurren en adolescentes y niños y se encuentra lamentablemente entre las 10 primeras causas de mortalidad.²⁷ Cabe reflexionar críticamente que la presencia de ideologías respecto al libertinaje sexual y la promiscuidad en este campo ha desfavorecido las relaciones interpersonales minando la práctica de los valores humanos.

El número de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA disminuyó de 2,2 millones durante el 2000 a 1,8 millones el 2010, disminución que se debe a la incorporación de la terapia antirretroviral²⁹.

La educación actual debe asumir con mucha seriedad el adago, más vale prevenir que lamentar, esta es la gran importancia de este estudio es saber cómo prevenir, para erradicar, por así mencionarlo y disminuir la gran mortalidad de seres humanos de nuestros tiempos, además de conocer sus principales características, causas, efectos y posibles.

Hoy, así como avanza la tecnología avanza también la destrucción del ser humano, constituyéndose el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida) es una de las grandes enfermedades mortales más relevantes y modernas en el siglo XXI; ya que esta ha provocado el contagio de muchas personas, siendo penoso que ataca desde individuos recién nacidos hasta adultos.

Se menciona que en la actualidad ha sido uno de los objetos de estos más sobresalientes. Este problema social tiene diversas formas de contagios tales como: en el acto sexual, transfusión, transmisión vertical, por solo mencionar algunas.

Una de las principales medidas de prevención es evitar relaciones sexuales y si tienen, usar preservativo como los condones tanto masculinos como femeninos. Con respecto a procesos de higiene se pueden mencionar la

esterilización de materiales. Consideramos también, que de una manera natural se debe tener en cuenta los principios cristianos de la moral que considera que los auténticos preservativos son la "fidelidad" y la "educación". el único preservativo comprobado ante el SIDA es «la castidad antes del matrimonio y la fidelidad durante el matrimonio en lo que se refiere a comportamientos sexuales.

El martes 21 de noviembre del presente año, el Diario oficial del bicentenario “El Peruano”³⁰ publicó la siguiente nota:

“El Perú ha logrado reducir la tasa de mortalidad a causa del SIDA en 40%, entre los años 2010 y 2016, convirtiéndose en uno de los países de América Latina con mejores resultados en este campo. Esto ha sido destacado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONU SIDA) en su reciente informe Ending AIDS: avances hacia los objetivos trazados, el cual fue presentado ayer a escala mundial.”

“En América Latina, Perú es el país que registró, del 2000 hasta hoy, la disminución más abrupta de la mortalidad por VIH”, señaló el director de Onusida para Bolivia, Ecuador y Perú, doctor Alberto Stella, para quien la cifra evidencia los frutos de una intervención seria por parte del Estado y, además, demuestra las brechas en las que se debe trabajar para lograr que en el 2030 podamos decir que “la epidemia está dominada”.

Ante esta realidad latente cuando la persona ha sido contagiada por el VIH/SIDA, ya no hay marcha atrás, lo único que queda es adherirse al programa TARGA, a fin de llevar una calidad de vida sostenible, prolongando de esta manera algunos años de vida, tan necesarios para las personas que tienen aún objetivos por cumplir, tanto familiares, laborales, etc.

En la presente investigación se relacionan los factores demográficos, sociales y económicos que se asocian al TARGA, siguiendo el método científico de obtención de la información se aplicó la técnica de Encuesta, a través del instrumento cuestionario, para determinar el nivel de adherencia y para los factores demográfico, social y económico se aplicó el instrumento que utiliza del Ministerio de Salud, para estos casos, para la discusión del presente trabajo son los siguientes.

Para el Objetivo específico 1: Identificar la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Jamo- Tumbes. Mayo - Agosto 2017, para determinar la adherencia se aplicó una encuesta de 20 preguntas, evaluándose según los resultados como, pacientes con adherencia y pacientes sin adherencia, se obtuvo que, de los 30 pacientes, 23 pacientes no tienen adherencia y solo 7 pacientes de los encuestados se adhieren al programa antirretroviral de gran actividad. Estos resultados evidencian que existen factores que no permiten al paciente desarrollar su capacidad de poder afrontar la situación adversa de su enfermedad, por ello, que no se adhieren al tratamiento

antirretroviral que se presenta como una oportunidad de mejorar la calidad de vida y poder de esta manera convivir con el SIDA.

Esta investigación tiene resultados diferentes a la investigación realizada por Bedon Lòpez Yaymi Lisbeth en el año 2013, quien realizó el estudio titulado “Resiliencia y adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital San Juan Bautista de Huaral. Los resultados revelaron que los participantes presentan un nivel de resiliencia alto, y un nivel de adherencia medio, encontrándose una relación significativa y positiva entre resiliencia y adherencia, al Targa. Estos resultados comparados hacen ver la necesidad de un proceso de educación y sensibilización para desarrollar la capacidad de afrontamiento a la enfermedad con la motivación de poder convivir con la enfermedad, para prolongar más años de existencia

Para el Objetivo específico 2 y 3: Identificar y relacionar el factor demográfico (edad) asociado a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto2017, espera los resultados obtenidos evidencian que el 50% de pacientes que asisten al programa TARGA, poseen entre las edades de 26 a 40 años de edad, y el 23.30% poseen entre las edades de 41 a 64 años de edad, como se puede observar los pacientes participantes al TARGA, se ubican en la etapa de adultos no mayores, durante este periodo, en la que termina la fase de la

juventud y se da la etapa de la madurez, mucha gente empieza a sentir que el tiempo se le escapa. En esta edad las personas llegan a su mayor y último crecimiento o desarrollo corporal humano, ya son lo suficientemente maduros para tomar alguna decisión, por esta razón es difícil entender que muchos de los pacientes no logren aceptar la adherencia total al tratamiento antirretoviral, cuando en esta etapa debe ser consciente de asumir con responsabilidad su salud personal.

Con respecto al objetivo específico de la relación entre el factor demográfico (edad), se evidencia en la tabla 6; que 15 de los 30 investigados tienen edad de 26 a 40 años, de los cuales 11 no tienen adherencia al TARGA, la prueba estadística de significancia de chi cuadrada, da como resultado $X^2 = 0,24259 \leq 5.99$, lo que significa que este resultado se ubica en la zona de aceptación de la hipótesis de investigación; evidenciando científicamente que el factor demográfico referido a la edad guarda relación significativa.

Los datos obtenidos en la presente investigación guardan relación con el Ministerio de Salud²⁶, quien informa con respecto al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad que el 50% de los casos de SIDA están comprendidos en personas menores de 31 años, y el 50% de los casos de SIDA se infectaron probablemente antes de cumplir los 21 años de edad. Se ha comprobado que la vía más importante de transmisión del VIH en el

Perú son las relaciones sexuales que se realizan sin utilizar el preservativo (condón). Siendo el 97% de casos registrados.

Para el objetivo específico 3 y 7: Identificar y relacionar el factor demográfico (sexo) a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto 2017, de los resultados obtenidos se evidencia que de los 30 pacientes que asisten al tratamiento TARGA, el 50% corresponden al sexo masculino y en igual proporción el sexo femenino.

Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrada se evidencia que de los 15 pacientes del sexo masculino 11 de ellos no tienen adherencia, y solo 4 se adhieran al tratamiento TARGA, con respecto a las 15 pacientes, 12 no tienen adherencia y solo se adhieren al tratamiento 3 mujeres. Teniendo en cuenta el margen de error e 0.05 y el grado de libertad es 3,84, el chi cuadrada tiene como resultado 6,3929, evidenciándose que es mayor a los grados de libertad y se ubica en la zona de rechazo de la hipótesis de investigación por lo tanto no existe relación del factor demográfico sexo, con el tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Entre los datos que nos presenta el Ministerio de Salud²⁶, informa que en el año 1983 se registró el primer caso de VIH- SIDA en el Perú, siendo que el

77% de estos casos notificados pertenecían al sexo masculino y el 23 % al sexo femenino.

El principal grupo poblacional afectado por el VIH son los hombres que tienen sexo con otros hombres (también conocido como HSH) y mujeres transgéneras (trans). Parte de ellos con comportamiento bisexual están infectando a mujeres y ellas a su vez, al salir embarazadas. Asimismo, de cada 20 personas mayores de 15 años infectados con VIH en el Perú, 9 (o sea el 45%) son hombres y mujeres heterosexuales.

Para el objetivo específico 4 y 8: Identificar y relacionar el factor social a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto 2017, los resultados respecto al factor social (parentesco con el jefe del hogar, pertenencia al seguro social, y el nivel educativo) de los pacientes encuestados es adecuado, representado en el 76.70%.

Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrada se evidencia que 23 pacientes de 30 no tienen adherencia al tratamiento y solo 7 se adhieren al TARGA. Teniendo en cuenta el margen de error $\alpha = 0.05$ y el grado de libertad es 3,84, la chi cuadrada tiene como resultado 2,7788, al evidenciarse que es menor a los grados de libertad entonces se ubica en la

zona de aceptación de la hipótesis de investigación, por lo tanto, existe relación del factor social con el tratamiento antirretroviral de gran actividad. El VIH/SIDA, perjudica a la persona y trasciende a la sociedad, este flagelo está presente en la sociedad y afecta en las relaciones interpersonales de la familia, así como también con las relaciones con las personas a cargo del tratamiento antirretroviral, las pacientes que tienen adherencia procuraran ayudar en el tratamiento, un estudio realizado por Ramírez Rodríguez Sarita Yuliana y Valdiviezo Espinoza Martha Vanessa; en el año 2015, en la tesis titulada:

Relación de ayuda de la Enfermera y nivel de adherencia del adulto en el tratamiento antirretroviral del Hospital regional de Trujillo, llegó a la conclusión que el 69% de los pacientes tienen buena relación de ayuda a la Enfermera, esta investigación guarda relación con aspectos del factor social, de la presente investigación.

Para el objetivo específico 5 y 9: Describir y relacionar el factor Económico con la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto 2017, los resultados obtenidos respecto al factor económico, se ha evaluado como Nivel económico no pobre con el 73.3% y como nivel económico pobre con el 26%, al realizar el cruce de la información se tiene que de 30 pacientes 22 de ellos corresponde al nivel económico no pobre y de este resultado 19 pacientes no pobres registran sin adherencia y solo 4 pacientes pobres

registran con adherencia. Al aplicar la prueba estadística de significancia de chi cuadrado, se tiene con un margen de error de 0.05, el grado de libertad registrado es de 3,84 y la chi cuadrada es de 4,3365, encontrándose en la zona de aceptación de la hipótesis nula, lo que indica que no existe relación del factor económico con la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Para el objetivo general: Relacionar los factores demográficos, sociales y económicos, con la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto 2017. Después de haber identificado y descrito cada uno de los factores (demográfico, social y económico) asociados al TARGA se obtuvo que, el factor demográfico y edad, se relaciona con la adherencia al targa, el factor demográfico- sexo, no se relaciona con la adherencia, considerando que el número tanto del sexo masculino es el mismo del sexo femenino su resultado es vulnerable, por lo que este factor demográfico, se define la existencia de la relación con el TARGA, con respecto al factor social, existe relación con la adherencia, y con el factor económico, no existe relación, a tenor de los resultados, se evidencia que la existencia de la relación de los factores demográficos y con la adherencia al TARGA y no existe relación con el factor económico.

CONCLUSIONES

1. Con respecto a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con virus de Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto 2017, se concluye que el 76.70% no tienen adherencia y solo el 23.30% pacientes de los encuestados se adhiere al programa
2. En cuanto al factor demográficos (edad) asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo - Agosto 2017, el 50% de pacientes tiene de 26 a 40 años de edad, el 26.70% tienen las edades de 18 a 25 años y el 23.30% oscilan sus edades entre los 41 a 64 años; al aplicar la prueba estadística de significancia de chi cuadrado se obtiene que existe relación del factor edad con la adherencia al TARGA.
3. Al identificar y relacionar el factor demográfico (sexo) a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo - Agosto 2017, se concluye que el 50% de los pacientes son del sexo masculino, y en igual porcentaje en el sexo femenino; al aplicar la prueba estadística de significancia de chi cuadrado se obtiene que no existe relación del factor sexo con la adherencia al TARGA.

4. Al describir y relacionar los factores sociales asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo - Agosto 2017, se concluye que este factor es inadecuado (76.70%), y al aplicar la prueba estadística de significancia de chi cuadrado se obtiene que existe relación del factor social con la adherencia al TARGA.
5. Con respecto a la identificación y relación del factor económico asociado a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto 2017, se concluye que el nivel económico de los pacientes es No pobre con el 73,3%; al aplicar la prueba estadística de significancia de chi cuadrado se obtiene que no existe relación del factor económico con la adherencia al TARGA.
6. En términos generales se concluye que existe relación entre los factores asociados y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo- Tumbes. Mayo-Agosto 2017

RECOMENDACIONES

1. Considerando que en la región norte del Perú (región de Piura y Tumbes) no existen trabajos de investigación respecto al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, se recomienda a la Universidad Alas Peruanas, a sus diversas Escuelas de la Facultad de Medicina Humana adjuntas realizar investigaciones del TARGA desde diversos puntos de vista.
2. A nivel de los Establecimientos de Salud se debe trabajar el proceso de sensibilización a las personas viviendo con VIH/SIDA es necesario trabajar para mejorar la adherencia, sobre todo en pacientes que ya registran esta patologías que pudieran favorecer el incumplimiento terapéutico y el estilo de vida.
3. Incrementar los esfuerzos institucionales y profesionales dirigidos a incrementar el grado de adherencia, velar por la adecuada cuantificación del cumplimiento y diseñar estrategias que ayuden a generar mejor calidad de vida, en los pacientes.
4. Con miras a evitar el incremento de casos de VIH/SIDA, se debe promover las investigaciones de intervenciones educativas y de acción participativa respecto a la prevención de las Enfermedades de

Transmisión Sexual VIH, a nivel de Universidades e Instituciones Educativas del nivel básico.

5. Se recomienda a la Coordinación de la Escuela Profesional de Enfermería hacer conocer al Colegio de Enfermeros de la Región de Piura, los resultados de esta y todas las Tesis que se sustenten, a fin de Promover la cultura de Prevención ante las diversas amenazas en el campo de la Salud, a fin de que el Colegio, programe y ejecute Cursos de Capacitación para los Profesionales de Enfermería

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcántara Gutiérrez - 2008 , Factores asociados a la adherencia al TARGA cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/483/1/Alcantara_gd.pdf por Instrumento: “Encuesta para determinar la Adherencia al TARGA. 2007”
http://www.data.unaids.org/pub/GlobalReport/2007/2007_GR_CH02_en.pdf
2. MINSA, ONUSIDA y Proyecto Vigía. Plan Estratégico Multisectorial v 2007_2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú. Perú. 2006.. pág.
3. Nieto& Santoseoy. Tratamiento Antirretroviral en el adulto con VIH/SIDA. Adherencia al tratamiento Antirretroviral. USA. 2004. pág. 237-255.
4. MINSA. Norma Técnica para el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad-TARGA en adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana. Peru.2004
5. Knobel H. y Colab. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la Adherencia al tratamiento Antirretroviral. España.2002.pag 94
6. Benitez Aviles, 2014, “Determinantes intermedios y proximales y su relación con la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en IPS. Bogotá”
<http://docplayer.es/74852392-Determinantes-intermedios-y-proximales-y-su-relacion-con-la-adherencia-a-la-terapia-antirretroviral-de-gran-actividadtarga-en-una-ips-de-bogota.html>
7. Rodriguez Quesada, 2016, “Estudio de factores de riesgo influyentes en el adherencia al tratamiento antirretroviral y desarrollo de un modelo predictivo en pacientes VIH positivos” <http://eprints.ucm.es/36230/>

8. Bedón Lopez, 2013, “Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/ SIDA del Hospital San Juan Bautista de Huaral”,
[Çfile:///C:/Users/JORGE-PC/Downloads/10-40-1-PB.pdf](file:///C:/Users/JORGE-PC/Downloads/10-40-1-PB.pdf)
9. Meneses La Riva, 2014, “Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en el Hospital nacional Dos de Mayo de Lima. Mayo de Lima”
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2532>
10. Zafra Tanaka, 2014, “Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima”
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2544/2442>
11. Ramirez Rodriguez, 2015, “Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto en el tratamiento antirretroviral. Hospital Regional”
Repositorio.upao.edu.pe/bitstream/.../RE_ENFER_ADHERENCIA-ADULTO_TESIS.pdf Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (Actualización enero 2015).
Enfermedades Infección Microbiol Clínica. agosto de 2015;32(7): 446.e1446.e42
12. Normas técnica sobre el Tratamiento Antirretroviral de gran actividad TARGA.http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM_962-2014.pdf (Accedido 20.09.2017)
13. www.upch.edu.pe/telemedicinatarga/
14. Ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/download/10/10

15. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2013). Informe mundial ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Disponible:http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf. Accesado el 13 de Enero del 2015
16. Rivas J y Cavero R. (2013). Investigaron sobre “Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y calidad de vida de pacientes con VIH/sida del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo-Perú, 2011 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
17. Soto L; Gutiérrez R y Maguiña C. Esquemas de Tratamiento Antirretroviral. Perú.
Disponible:<http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/REVISION%20ODE%20TEMAS/ESQUEMAS%20PARA%20PUBLICAR.pdf>.
Accesado el 13 de Enero del 2015
18. Nilsson Schönnesson L, Williams ML, Ross MW, Bratt G, Keel B. Factors associated with suboptimal antiretroviral therapy adherence to dose, schedule, and dietary instructions. *AIDS Behav.* marzo de 2007;11(2):175-83.
19. Carrieri MP, Raffi F, Lewden C, Sobel A, Michelet C, Cailleton V, et al., APROCO study group. Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immuno-virological response: a 3-year follow-up study. *Antivir Ther.* diciembre de 2003;8(6):585-94
20. Puigventós F, Riera M, Delibes C, Peñaranda M, de la Fuente L, Boronat A. [Adherence to antiretroviral drug therapy. A systematic review]. *Med Clínica.* 29 de junio de 2002;119(4):130-7

21. Young S, Wheeler AC, McCoy SI, Weiser SD. A Review of the Role of Food Insecurity in Adherence to Care and Treatment Among Adult and Pediatric Populations Living with HIV and AIDS. *AIDS Behav.* 1 de octubre de 2014;18(5):505-15
22. Alcántara D. (2008). Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue: Lima-Perú, 2004 - 2007. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Disponible: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/483/1/alcantara_gd.pdf. Accesado el 12 de enero del 2015
23. Vice Rectorado de Investigación e Innovación Tecnológica. Dirección de Investigación y Desarrollo, 2017. Reglamento de Tesis para Escuelas de Pre Grado de la Universidad Alas Peruanas-Filial Piura Investigación
24. Delgado Arenas Raúl, Fernanda Gallegos, Lucila Loaysa, Constructos básicos para la investigación científica, Impreso en los talleres gráficos de le Universidad Alas Peruanas Lima Perú 2010.
25. Hernández Sampiere S., Roberto y otros (1998), Metodología de la Investigación, Mc Graw-Hill, Buenos Aires. Biblioteca
26. Carrasco Díaz S. Metodología de la Investigación científica. Primera Edición 2005, Impreso en Perú. 2006.
27. SIDA problema de salud en el mundo actual <http://www.monografias.com/trabajos81/sida-problema-salud-mundo-actual/sida-problemasaludmundo-actual2.shtml#ixzz4z5lodTWd> (Accedido 20.11.2018)

28. La calidad de vida: Análisis multidimensional Ma. Guadalupe Nava Galán <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>, (accedido el 02.11.2017)
29. <http://www.monografias.com/trabajos81/sida-problema-salumundoactual/sida-problema-salud-mundo-actual.SHTML-ixzz4z519HtPt>
30. Reducción de tasa de mortalidad por efectos del Tratamiento Antirretroviral de gran actividad. <http://www.elperuano.pe/noticia-peru-redujo-40-tasamortalidad-vihsida-57798.aspx>
31. Ministerio de Salud; Boletín Epidemiológico: Lo que usted debe saber de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/sanitosvih/index.html>. (Acedido 0.11.2017)

ANEXOS

ANEXO N°1: Matriz de consistencia

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	METODOLOGÍA
Factores asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto2017	¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes? Mayo - Agosto 2017?	<p>Objetivo general Determinar los Factores asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en pacientes con virus de la Inmunodeficiencia Humana (TARGA VIH/SIDA) del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto2017</p> <p>Objetivos Específico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los factores demográficos asociados a la adherencia al TARGA VIH/SIDA del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto2017 - Relacionar los factores demográficos a la adherencia al TARGA VIH/SIDA del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto2017 - Describir los factores sociales asociados a la adherencia al TARGA VIH/SIDA del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto2017 - Relacionar los factores sociales a la adherencia al TARGA VIH/SIDA del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto2017 	Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad	<p>Tipo y nivel de investigación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de investigación Cuantitativa 2. Nivel de la Investigación El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo transversal. 3. Método de la Investigación Deductivo, e Inductivo 4. Diseño de la Investigación Tipo de diseño: No experimental Diseño general: Transaccionales o transversales. Diseño específico: Correlacional. <p>Cobertura del estudio de investigación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Universo Todos los pacientes con VIH / SIDA que fueron atendidos en el Hospital de Apoyo JAMO de Tumbes. 2. Población 147 pacientes con VIH / SIDA que serán atendidos en el Hospital de Apoyo JAMO de Tumbes. 3. Muestra 30 los pacientes con VIH / SIDA.

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	METODOLOGÍA
		<p>- Identificar la situación económicos en la adherencia TARGA VIH/SIDA a del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto2017</p> <p>- Relacionar el factor económico con la adherencia al TARGA VIH/SIDA del Hospital de Apoyo Jamo-Tumbes. Mayo-Agosto 2017</p>		<p>4. Muestreo Muestreo por conveniencia o intencional, debido a que el investigador selecciona directamente a los individuos de la población, por el libre acceso a la ubicación del paciente, y por el conocimiento objetivo de la realidad de estudio.</p> <p>Técnicas, Instrumentos y Fuentes de recolección de datos</p> <p>1. Técnicas de la Investigación Encuesta, la misma que se aplicará a los pacientes con VIH / SIDA atendidas en el Hospital de Apoyo JAMO de Tumbes.</p> <p>2. Instrumentos de la Investigación Cuestionario de Evaluación de adherencia al tratamiento al VIH/SIDA Ficha de Evaluación socioeconómica Dicho instrumento es una ficha que utiliza el Ministerio de Salud a nivel Nacional y que ya está aprobada, por lo que no hay necesidad de aplicar la validación del instrumento.</p> <p>3. Fuentes de recolección de datos Se solicitará la autorización del director del Hospital Se obtendrá la firma del consentimiento Informado Se aplicará la encuesta inmediatamente después de la consulta médica. Se anotará en el instrumento los datos obtenidos. Se realizará el procesamiento de los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS versión 20.</p>

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	METODOLOGÍA
				<p>Para la relación de variables, se cruzará la información y con la aplicación de la fórmula de chi cuadrada se obtendrá la relación y el grado de significancia de cada factor asociado al TARGA.</p> <p>Principios éticos</p> <p>VERACIDAD: se compromete a preservar la privacidad y confidencialidad de los datos aportados por cada paciente y su identidad a lo largo de todos los asesoramientos del proyecto.</p> <p>RESPETO: Se describe a los sujetos respecto a la naturaleza del estudio y los derechos del participante, ante todo se respetará al paciente que participa en un todo y en su toma de decisión.</p> <p>CONFIDENCIALIDAD: La fundamentación ética de la norma de veracidad, está en el principio de respeto por la autonomía de las personas. Se establece previamente un pacto que tiene en cuenta los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ningún paciente será obligado a participar en la investigación. • Al paciente encuestado se le explicará las razones del estudio. • La encuesta al participante de estudio, será de carácter anónimo y la confidencialidad de los resultados. • Todos los datos recolectados se utilizarán con fines exclusivos de investigación.

ANEXO 3: INSTRUMENTO PARA DETERMINAR LA ADHERENCIA AL TARGA

1. ¿Recuerda qué medicamentos está tomando en este momento?
2. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?

Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena	
Edad:	genero	fecha			
3. Durante la última semana	siempre	más de la mitad de las veces	aproximadamente la mitad de las veces	alguna vez	en ninguna ocasión
4. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?					
5. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?					
6. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿Ha dejado de tomar los medicamentos?					
	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?					
10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					

	Nunca	Alguna vez	Aproximadamente la mitad de las veces	Bastantes veces	Siempre
12. ¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13. Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					
14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy insatisfecho
15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?					
16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?					
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?					
18. ¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?					

19. ¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	si	no
20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? Cual		

VI DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

VII EDUCACION Y OCUPACION

No. de orden	32 33		34		35		36		37		38 39 40			41 42		43		44 45 46 47			
	Apellidos En el primer renglón registrar el primer apellido En el segundo renglón registrar el segundo apellido		Nombres En el primer renglón registrar el primer nombre En el segundo renglón registrar el segundo nombre		Parentesco con jefe de hogar	Si el cónyuge vive en este hogar, escriba el No. de orden	Si el parentesco es 4-11-12-14-17, escriba el No. de orden del padre	Fecha de nacimiento DD / MM / AA Edad (Años) (registrar en el recuadro sombreado)	Documento Nacional de Identidad (DNI) (registrar en el segundo renglón)	Sexo M / F	Estado Civil	Seguro de salud		Nivel educativo concluido	Tipo del último centro educativo	Actividad principal	Total de ingresos mensuales (en soles, sin céntimos)				
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

<p>(35) Parentesco con jefe de hogar</p> <p>1 Jefe 7 Yerno o nuera 13 Cuñados 2 Cónyuge 8 Abuelos 14 Otros parientes 3 Hijos 9 Suegros 15 Servicio doméstico 4 Nietos 10 Tíos 16 Hijos servicio doméstico 5 Padres 11 Sobrinos 17 No pariente 6 Hermanos 12 Primos</p>	<p>(42) Estado civil</p> <p>1 Soltero/a 2 Casado/a 3 Conviviente 4 Separado/a o divorciado/a 5 Viudo/a</p>	<p>(43) Seguro de salud</p> <p>1 EsSalud 2 FF.AA. 3 Seguro privado 4 Seguro Integral de Salud 5 Otro 6 No tiene</p>	<p>(44) Nivel educativo concluido</p> <p>1 Ninguno 2 Inicial 3 Primaria 4 Secundaria 5 Superior no universitaria 6 Superior universitaria 7 Post grado u otro similar 8 Analfabeto/a</p>	<p>(45) Tipo del último establecimiento educativo en el que estudió</p> <p>1 Privado 2 Público, estatal 3 Paroquial (Incluir Fe y Alegría) 4 No aplica</p>	<p>(46) Actividad principal en el último mes (aplicable para mayores de 15 años de edad; en caso encontrarse de vacaciones/licencia, enfermo, en huelga, suspendido o en espera de cosecha, considerar actividad regular)</p> <p>1 Trabajador dependiente (asalariado) 6 Quehaceres del hogar 2 Trabajador independiente 7 Estudiante 3 Empleador 8 Jubilado 4 Servicio doméstico 9 Sin actividad 5 Buscando trabajo</p>
--	--	--	---	---	--

ANEXO N°5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, acepto voluntariamente participar en la investigación titulada “Factores Asociados a la Adherencia al tratamiento del Programa Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en personas con VIH/SIDA atendidas en el Hospital de Apoyo JAMO del departamento de Tumbes ”, que será realizado por la Bachiller Rosa Katherine Morales Periche, de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Filial Piura.

Tengo pleno conocimiento de los objetivos de la investigación y el carácter anónimo y confidencial de la misma, así como el respeto de la posibilidad de retirarme si el caso lo amerita. Sé que los resultados podrán ser difundidos sin precisar nombres.

DNI

ANEXO 6
TABLAS DE CHI CUADRADA

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

				(O-E)/E			
EDAD	SIN INHERENCIA	CON INHERENCIA	TOTAL	SIN INHERENCIA	CON INHERENCIA	margen de error= 0.5	
18-25	6	2	8	0,002898551	0,00952381	(f-1) (c-1) = (3-1) (2-1)	
Esperado	6,133333333	1,866666667	8			x= 2*1= 2	
26-40	11	4	15	0,02173913	0,071428571	gl= 5,99	
Esperado	11,5	3,5	15			chi= 0,426	
41-61	6	1	7	0,074741201	0,245578231	Zona de aceptación	
Esperado	5,366666667	1,633333333	7			CHI 2	
total	23	7	30	0,099378882	0,326530612	0,42590949	

				(O-E)/E			
SEXO	SIN INHERENCIA	CON INHERENCIA	TOTAL	SIN INHERENCIA	CON INHERENCIA	margen de error= 0.5	
Masculino	11	4	8	3,861594203	2,438095238	(f-1) (c-1) = (2-1) (2-1)	
Esperado	6,133333333	1,866666667	8			x= 1*1= 1	
Femenino	12	3	15	0,02173913	0,071428571	gl= 3,84	
Esperado	11,5	3,5	15			chi= 6,426	
total	23	7	30	3,883333333	2,50952381	6,39285714	Zona de rechazo

				(O-E)/E			
SOCIAL	SIN INHERENCIA	CON INHERENCIA	TOTAL	SIN INHERENCIA	CON INHERENCIA	margen de error= 0.5	
Inadecuado	7	0	7	0,497101449	1,633333333	(f-1) (c-1) = (2-1) (2-1)	
Esperado	5,366666667	1,633333333	7			x= 1*1= 1	
Adecuado	16	7	23	0,151291745	0,497101449	gl= 3,84	
Esperado	17,63333333	5,366666667	23			chi= 2,7788	
total	23	7	30	0,648393195	2,130434783	2,77882798	Zona de aceptación

				(O-E)/E			
Económico	SIN INHERENCIA	CON INHERENCIA	TOTAL	SIN INHERENCIA	CON INHERENCIA	margen de error= 0.5	
Adecuado	19	3	22	0,269828722	0,886580087	(f-1) (c-1) = (2-1) (2-1)	
Esperado	16,86666667	5,133333333	22			x= 1*1= 1	
Inadecuado	4	4	8	0,742028986	2,438095238	gl= 3,84	
Esperado	6,133333333	1,866666667	8			chi= 4,3365	
total	23	7	30	1,011857708	3,324675325	4,33653303	Zona de rechazo