

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, León**

**(UNAN-León)**

**Facultad De Ciencias Médicas**

**Escuela de Enfermería**



**Monografía para optar al título de licenciada en ciencias de enfermería.**

**Título**

Factores económicos y familiares relacionados al abandono de la terapia antirretroviral en pacientes, inscritos en el programa VIH del HEODRA, II semestre 2017.

**Autores:**

Br. María Lizaél Oviedo Sandoval.

Br. Elvira Lucía Ríos Sarria.

**Tutora:**

Lic. Leuvad del Carmen Tercer Altamirano .Msc

**Asesor:**

Lic. Lester Fidel García Guzmán. Msc

**¡A la libertad por la universidad!**

**León, Noviembre 2017.**

## ÍNDICE

I.	Introducción-----	1
II.	Antecedente -----	3
III.	Justificación-----	5
IV.	Planteamiento del problema-----	6
V.	Hipótesis -----	7
VI.	Objetivos-----	8
VII.	Marco teórico -----	9
VIII.	Materiales y métodos -----	24
IX.	Resultado-----	30
X.	Discusiones-----	36
XI.	Conclusiones -----	41
XII.	Recomendaciones -----	43
XIII.	Referencia bibliográfica-----	44
XIV.	Anexos -----	50

## **Dedicatoria**

Dedicamos este estudio a Dios por brindarnos sabiduría, paciencia, dedicación en este arduo camino sin el nada sería posible y a nuestros padres, por brindarnos apoyo moral y económico durante la construcción de esta investigación, depositando su entera confianza en nosotras. A todas y cada una de las personas que, de alguna u otra manera, contribuyeron en lograr esta meta y que nos han permitido crecer intelectualmente.

## **Agradecimiento**

En primer lugar, agradecemos a Dios por darnos el entendimiento y la capacidad de ejercer este estudio. De igual manera queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento a nuestra tutora la Msc. Leovad Tercero por haber sido participe de esta investigación, con su ayuda, conocimiento, tiempo y dedicación que nos brindó logramos desarrollarlo. A si mismo mencionamos a nuestro asesor al Msc. Lester Fidel García quien nos apoyó de manera incondicional, compartiéndonos un poco de su conocimiento y su apreciado tiempo.

Al equipo multidisciplinario del programa VIH del hospital escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello, por permitir el desarrollo de nuestra investigación y a los pacientes que participaron en el instrumento de estudio para contribuir al cumplimiento de nuestro objetivo. A los docentes de la universidad por ayudarnos es nuestra formación profesional.

Por último, pero no menos importante queremos agradecer también a tres personas muy especiales, que estuvieron siempre apoyándonos dedicándonos su tiempo y esmero para un mejor desarrollo de la investigación a: Gendricksen Bolainez, Alexander Cifuentes y Joel Caballero; gracias por la paciencia y dedicación que necesitábamos.

## Resumen

El presente estudio tiene como objetivo analizar los factores económicos y familiares relacionados al abandono de la terapia antirretroviral, en pacientes inscritos en el programa VIH del HEODRA, II semestre 2017. El cual es un estudio analítico de casos y controles, realizado en una población de 350 pacientes de los cuales 175 fueron nuestros casos y 175 nuestros controles. A través de un cuestionario con preguntas cerradas se obtuvo la información necesaria para poder llevarlo a cabo.

El análisis fue a través del programa SPSS V22, en el cual se obtuvo la mayoría que eran de sexo masculino de 25 años, con procedencia urbana, solteros de religión católica, con nivel académico secundaria y ocupación comerciante.

Como factores económicos el tener un salario, recibir apoyo de alguna institución, tener condiciones de vida adecuada son factores protectores para el abandono de la terapia antirretroviral.

Según factores familiares el tener apoyo familiar, que la familia acepte el diagnóstico, ser acompañado por algún familiar a recibir la terapia, sentirse útil entre la familia y la familia como fuente de apoyo también resultaron factores protectores para abandonar la terapia antirretroviral.

La hipótesis ha sido comprobada:

Por lo cual se recomienda a las autoridades del programa VIH del HEODRA, que elaboren estrategias educativas sobre la importancia del cumplimiento de la terapia antirretroviral.

Al equipo multidisciplinario encargado del programa: Establecer un programa de apoyo familiar como lo dicta USAID y la OPS en un informe brindado a los Estados Unidos en el 2011.

Palabras claves: abandono, terapia antirretroviral.

## INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH / SIDA se ha convertido en uno de los más importantes problemas de salud pública al presente siglo. Los avances logrados en los últimos años han permitido conocer mejor la magnitud del problema tanto el diagnóstico del laboratorio. El tratamiento antirretroviral y el mayor acceso a los programas. <sup>(1)</sup>

Desde la aparición del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) se ha llevado a cabo múltiples estudios con el fin de determinar los factores relacionados con esta, así como evaluar las consecuencias clínicas derivadas de las faltas de cumplimiento. <sup>(2)</sup>

La principal causa del fracaso en los pacientes con VIH, es el abandono del tratamiento y se ha demostrado que la adherencia no es solo un factor predictor de la eficacia terapéutica, sino también un factor predictor independiente de progresión a SIDA y muerte y este a mayor medida que avance puede tener mayor costo económico. <sup>(3)</sup>

En Latinoamérica y el caribe el número estimado de personas que reciben tratamiento para el VIH, se ha incrementado gradualmente a pesar de variaciones considerables entre países, inclusive en el ámbito de un mismo país la cobertura global a fines del año 2005 alcanzaba el 74 %. <sup>(4)</sup>

Durante años el salvador ha invertido fondos millonarios en la provisión universal de la antirretroviral y se ha hecho esfuerzos para fomentar la adherencia entre las personas con VIH. La mayor parte de estas personas que reciben la terapia antirretroviral son atendidas en las clínicas de atención integral para personas con VIH al ministerio de salud. <sup>(5)</sup>

El tratamiento antirretroviral ha reducido notablemente la mortalidad de estos pacientes, sin embargo, uno de los principales problemas encontrados es la falta de adherencia al tratamiento, este es el caso de la clínica del HEODRA donde se determinó que un 4% de los pacientes presentan este problema. <sup>(6)</sup>

Por todo lo antes mencionado resulta relevante el estudio de los factores asociados al no cumplimiento del TARGA, especialmente en nuestro país, donde la información al respecto es mínima y de esta manera poder crear estrategias e intervenciones con el fin de mejorar el cumplimiento y por consiguiente la calidad de vida que tiene el paciente que padece la infección del VIH-SIDA.

## ANTECEDENTES

El SIDA es una de las principales causas de mortalidad en el mundo y sigue siendo la primera causa de defunción en África. El VIH sigue siendo un importante problema de salud mundial después de haberse cobrado más de 35 millones de personas hasta ahora en 2015, y 3 millones de personas fallecieron a causa del VIH en todo el mundo. <sup>(7)</sup>

En un estudio comparativo de Remor en el 2009 se observaron que aproximadamente la mitad de los pacientes con VIH evaluados presentaban una adhesión inadecuada, tanto en lo que se refiere al número de dosis, como el ajuste de horarios según los actores en el alto grado de apoyo socio – sanitario y económico. <sup>(8)</sup>

En Nicaragua de acuerdo a registros nacionales para el semestre del 2010 los SILAIS, con mayor prevalencia de VIH y SIDA fueron Managua, Chinandega, León, Masaya y RAAN con una tasa de prevalencia del país de 41% para ese año. <sup>(9)</sup>

En el 2010, Nicaragua con 32 establecimientos públicos que ofrecían TAR. En el hospital General Manolo Morales en Managua ofreció servicios a más de 700 pacientes. En ese año se notificaron 1286 pacientes en TAR. El número notificado de pacientes entre el 2009 fue de 452, lo que se supuso un incremento neto de 223 pacientes entre el 2009 y el 2010. Entre los pacientes en tratamiento, el 90 por ciento estaban en 1ra línea el 9.9 estaban en 2da línea y el 0.1 por ciento en 3ra línea. <sup>(9)</sup>

Se han demostrado estudios de adherencia de la terapia antirretroviral en problemas con infección con VIH han reportado tasas de adherencia entre el 57-81% las familias frecuentemente se enfrentan a situaciones como pobreza. Disrupción familiar, limitados recursos que pueden representar una barrera significativa para mantener un 100% de adherencia. <sup>(10)</sup>

Se acepta actualmente que la adherencia al tratamiento tiene igual importancia que la potencia del mismo y que debería estar en niveles muy elevados, se

considera que es necesario un nivel de adherencia entre 90 – 98% para lograr una supresión duradera. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que se requiere niveles de adherencia entre 75% y 85% según los fármacos que se indique.<sup>(11)</sup>

## JUSTIFICACIÓN

Se ha demostrado que el abandono de la terapia tiene un impacto sobre el efecto de los fármacos antirretrovirales, si no se toma una dosis de la medicación, el virus tiene una oportunidad de reproducirse, cuando esta sucede la carga viral aumenta, lo que puede ponerle en riesgo de contraer enfermedades oportunistas e incluso de morir. <sup>(12)</sup>

El cumplimiento de la terapia antirretroviral marca la diferencia entre la vida y la muerte para las personas con VIH/SIDA, por lo tanto, es el factor determinante para asignarle a este evento la categoría de enfermedad crónica; motivar a las personas incluidas dentro de un régimen de tratamiento antirretroviral a cumplir con su terapia, se ha convertido en una prioridad dentro de la salud pública. <sup>(13)</sup>

Los pacientes con VIH deben cumplir con la terapia antirretroviral, ya que el fracaso terapéutico es la primera causa de mortalidad en un 8.9% por lo cual es importante indagar cuales son los factores económicos y familiares relacionados al abandono del tratamiento antirretroviral de los pacientes, inscritos en el programa VIH del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello.

Los resultados de la investigación serán de utilidad para las autoridades del programa del hospital escuela, con la finalidad de que, los responsables del programa elaboren estrategias educativas, sobre la importancia del cumplimiento de la terapia antirretroviral, ya que el no cumplimiento repercute estar expuesto a otras enfermedades (oportunistas) y de volverse resistente a los medicamentos, repercutiendo en su calidad de vida.

A las autoridades del programa hospital escuela HEODRA, elaboren estrategias para el cumplimiento del TAR.

Al equipo multidisciplinario de asistencia directa, fomentar la unión familiar.

A los próximos investigadores que realicen estudios relacionados con la temática, tomándolo como material de apoyo enriqueciendo los conocimientos Científicos – Técnicos.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cumplimiento de la terapia antirretroviral es un proceso dinámico, influido por múltiples variables de tipo social, cultural, cognitivo, económico, familiar y de salud, las cuales deben ser tomadas en consideración como elementos predictores de adherencia. Los resultados obtenidos en cuanto a la mediación de este fenómeno permiten conocer la posibilidad de identificación y cumplimiento de tratamiento, así como posible éxito terapéutico del paciente. <sup>(14)</sup>

Por lo antes mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son Factores económicos y familiares relacionados al abandono de la terapia antirretroviral, en pacientes inscritos en el programa VIH del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello?

## HIPÓTESIS

Los pacientes con problemas económico y familiar tienen mayor riesgo de abandono de la terapia antirretroviral.

## **OBJETIVO GENERAL:**

- Analizar los factores económicos y familiares relacionados al abandono de la terapia antirretroviral inscritos en pacientes inscritos en el programa VIH del HEODRA. I semestre 2017.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- Indagar factores económicos relacionados al abandono de la terapia antirretroviral en pacientes inscritos en el programa VIH del HEODRA.
- Determinar factores familiares relacionados al abandono de la terapia antirretroviral en pacientes inscritos en el programa VIH del HEODRA.

# MARCO TEÓRICO

## CONCEPTOS GENERALES

**PVS:** Pacientes que viven con SIDA.

**VIH:** El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. <sup>(15)</sup>

**SIDA:** El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. <sup>(15)</sup>

**Terapia:** Está asociada a la rama de la medicina enfocada a enseñar a tratar diversas enfermedades y a afrontar el tratamiento en sí mismo. <sup>(16)</sup>

**Abandono:** Acción y efecto de abandonar o abandonarse. Ya no podemos hablar solamente del abandono como "dejar" sino como "desamparar" algo o alguien. Se refiere a que el paciente descontinúe la terapia. <sup>(17)</sup>

**TARGA:** El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad "TARGA", es la combinación de tres tipos de medicamentos antirretrovirales que controla la cantidad de virus en la sangre y mejora el sistema de defensas del organismo. <sup>(18)</sup>

**Antirretroviral:** Los medicamentos para el VIH, o fármacos ARV, que se utilizan para el tratamiento del virus del VIH, no son capaces de curar la enfermedad, aunque pueden evitar que el virus se reproduzca o haga copias de sí mismo. <sup>(19)</sup>

**Adherencia:** El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de

vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. Se considera una adecuada adherencia entre el 50-80%.<sup>(20, 21)</sup>

**Epidemia:** Es cuando una enfermedad afecta a un número grande de personas en una misma comunidad.<sup>(20)</sup>

## **GENERALIDADES ABANDONO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

Desde finales de 1996 comienza a utilizarse el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) para los pacientes con VIH, lo que ha generado una disminución de la morbilidad y mortalidad y la subsiguiente reducción de los ingresos hospitalarios, así como una mayor expectativa y una mejor calidad de vida para estos pacientes. <sup>(22, 23)</sup>

Sin embargo, la adherencia a la terapia antirretroviral (TARV) es uno de los más grandes retos para el éxito del tratamiento del VIH. <sup>(24)</sup>

Adherencia al tratamiento, en sentido farmacológico, puede ser definida como la concordancia entre la prescripción médica y el comportamiento de la persona en la ingestión de las medicinas. <sup>(25)</sup>

Existe un común acuerdo en que la principal causa de fracaso terapéutico en los pacientes con VIH, es el abandono o el incumplimiento del tratamiento, y se ha demostrado que la adherencia no es sólo un factor predictor de la eficacia terapéutica, sino también un factor predictor independiente de progresión a SIDA y muerte. <sup>(26)</sup>

El incumplimiento terapéutico puede generar la aparición de cepas mutantes resistentes a los fármacos, incrementar el número de ingresos hospitalarios y la prescripción de terapias de rescate, generalmente de mayor coste económico; y en sentido general provoca incremento de la morbilidad y la mortalidad la atención a las personas con VIH se sustenta en tres principios generales del Sistema Nacional de Salud: accesibilidad, universalidad y gratuidad. <sup>(27)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que "el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes". <sup>(28)</sup>

Se estima que realizan adecuadamente el tratamiento indicado sólo el 50% de los pacientes que presentan una enfermedad crónica y se supone que esta deficiencia

sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria. <sup>(29)</sup>

De forma general, suele utilizarse como máxima de cumplimiento la adecuada administración del 80% o más de las dosis prescritas. Sin embargo, estudios en relación con el tratamiento y evolución de los pacientes con VIH observaron que existía una clara relación entre el grado de cumplimiento terapéutico y la aparición de fracaso virológico. <sup>(30)</sup>

Aunque no se sabe con certeza cuál es el grado de cumplimiento mínimo para que el tratamiento antirretroviral resulte eficaz, parece precisarse un cumplimiento igual o superior al 95%, para obtener una tasa de fracaso virológico en aproximadamente solo el 20% de los casos. <sup>(31)</sup>

La adherencia a una terapéutica es parte del comportamiento humano relacionado con la salud y es expresión de la responsabilidad de los individuos con el mantenimiento de la misma. Con independencia del término que se utilice, "adherencia" o cumplimiento", en la mayoría de los casos es el paciente quien ejecuta o no el consumo de sus medicamentos. <sup>(32, 33)</sup>

La deficiente adherencia al tratamiento puede adoptar diferentes formas: dificultades para iniciarlo, suspensión prematura o abandono, cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones (que puede manifestarse como omisión total, de dosis, de tiempo, de propósito), la inasistencia a consultas e interconsultas y la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad. <sup>(34)</sup>

Se han descrito y clasificado los factores que intervienen en la adherencia al TARV: <sup>(35)</sup>

1. Factores relacionados con el individuo: algunos estudios han relacionado la adherencia con la edad, el sexo, la raza, el nivel cultural, la relación con la familia y la situación económica. <sup>(36)</sup>

Incluye factores psicológicos predictivos de no adherencia en VIH: la depresión, la ansiedad y el estrés; a mayor presencia de sintomatología asociada con estos

desórdenes, menores niveles de adherencia. Factores como la desesperanza y los sentimientos negativos pueden llevar a una disminución de la motivación para el autocuidado y puede influir en la capacidad para seguir medicaciones complejas y no adherirse al tratamiento. <sup>(30)</sup>

2. Factores relacionados con la enfermedad: de acuerdo a datos que han sido publicados, los pacientes en etapas sintomáticas de la enfermedad por VIH muestran una mejor adherencia que los pacientes en etapas asintomáticas iniciales. <sup>(37)</sup>

3. Factores relacionados con los regímenes terapéuticos: en numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo. La interferencia con los hábitos, bien en el horario de trabajo o en ciertos momentos del contexto de la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto. <sup>(38)</sup>

También la aparición de efectos adversos, constituye un factor relacionado con la adherencia. Un elevado porcentaje de pacientes abandona el tratamiento para evitar la sintomatología que les producen las reacciones adversas, independientemente de las consecuencias clínicas que puedan tener. <sup>(39)</sup>

4. Factores relacionados con el equipo asistencial. La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de vital importancia. Probablemente los factores más importantes son el suministro de una información detallada y realista; y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutuo. Una buena relación entre el médico y el paciente es fundamental para mejorar la adherencia. <sup>(40)</sup>

Para el paciente, la falta de adherencia terapéutica, repercute en el gasto invertido en medicamentos que no consume, en la pérdida por concepto de ausentismo laboral a causa de una enfermedad que no va a estar controlada, con la consecuente afectación a la productividad de su puesto de trabajo. El gasto del paciente también se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar y

en un almacenamiento innecesario en el hogar de medicamentos no consumidos, que puede provocar intoxicaciones accidentales en niños y el aumento de la automedicación irresponsable por cualquier miembro de la familia. <sup>(41)</sup>

El gasto sanitario del estado se incrementa por atención médica desaprovechada, producción de medicamentos no utilizados, consultas planificadas previamente que no se ejecutan, aumento de intervenciones, hospitalizaciones e incremento del uso de servicios, tanto de emergencia como de cuidados intensivos, en caso de progresión de la enfermedad, crisis o recaídas. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales y personales. <sup>(42)</sup>

### **Terapia Antirretroviral**

El tratamiento antirretroviral (TAR) consiste en el uso de medicamentos contra el VIH para tratar dicha infección. Este tratamiento involucra el uso de varios medicamentos al mismo tiempo, a veces combinados en una sola píldora. Generalmente el TAR incluye 3 o más medicamentos distintos. <sup>(43)</sup>

#### **Medicamentos que se utilizan para tratar el VIH:**

Inhibidores de transcriptasa inversa no nucleótidos (NNRTI). Estos funcionan alterando la transcriptasa inversa, una enzima que el VIH utiliza para hacer copias de sí mismo.

Inhibidores de transcriptasa inversa nucleótidos (NRTI) estos funcionan bloqueando la transcriptasa reversa, una enzima que el VIH utiliza para hacer copias de sí mismo.

Inhibidores de proteasa (PI). Estos funcionan bloqueando la proteasa.

Inhibidores de función funcionan previniendo que el VIH entre a ciertas células del sistema inmunológico llamadas CD4.

Inhibidores de integrasas: Estos medicamentos funcionan bloqueando la integrasa, una enzima que el VIH utiliza para hacer copias de sí mismo. <sup>(44)</sup>

## **Beneficio del TAR en el paciente**

Gracias a la investigación en la formulación de terapias antirretrovirales han logrado la supervivencia de los pacientes portadores de VIH, al igual que la simplificación del régimen de tratamiento para que los pacientes no solo sobrevivan si no que cuenten con una buena calidad de vida. <sup>(45)</sup>

## **FACTORES ECONOMICOS RELACIONADOS AL ABANDONO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH.**

Cuando se habla de pacientes con VIH resulta claro enmarcar el factor económico, ya que este factor se encuentra dentro de la clasificación de factores relacionados con el individuo, los cuales de no cumplirse afectan directamente en el éxito terapéutico. En general, las características sociodemográficas no son buenos predictores del nivel de adherencia de un individuo. Sin embargo, algunos estudios han relacionado la adherencia con la edad, el sexo, la raza, el nivel cultural y la situación económica. <sup>(46,47)</sup>

El factor económico se refiere a la disponibilidad de recursos con las que el paciente cuenta, para satisfacer sus necesidades ante la enfermedad ya que el nivel económico resulta significativo para dicho abandono del tratamiento, siendo la pobreza el principal factor. <sup>(46, 47)</sup>

La disponibilidad o escases de recursos económicos pueden poner a los pacientes en posición de elegir entre diversas prioridades. La mayoría de los pacientes con este problema postergan la ingesta del tratamiento para satisfacer otras necesidades básicas de ellos o de la familia. Teoría que afirma Moster y Cols, el cual plasma “Las dificultades económicas para solventar o continuar el tratamiento médico son la principal causa del abandono”. <sup>(48)</sup>

Los pacientes con trabajo estable tienen menos probabilidad de abandono de la terapia que aquellos pacientes, con recursos económicos bajos muestran mayores

tasas de abandono, lo que coincide con investigaciones previa en las que se haya que una de las principales causas de abandono son las dificultades financieras. <sup>(48)</sup>

La pobreza impacta severamente en las condiciones de vida de los pacientes; así, cuando los gastos del auto cuidado se ven aumentado optan por disminuir los gastos abandonando la terapia; ya que dentro del cuidado esta la alimentación chequeos, médicos, análisis. <sup>(48)</sup>

Hoy en día, debido a los problemas sanitarios y económicos, la falta de adherencia antirretrovirales es considerado un problema de salud pública, ya que no permite llegar a la efectividad clínica, teniendo los recursos para el tratamiento. Desde la aparición del TARGA, se ha llevado a cabo múltiples estudios con el fin de determinar avances en cuanto la adherencia y determinar los factores relacionados con esta, así como evaluar las consecuencias clínicas derivada de la falta de cumplimiento. Dentro de este factor se encuentran otros factores asociados que dependen de ingresos económicos:

**a) Dependientes del paciente: adherencia al tratamiento, dificultad de acceso o seguimiento**

Se refiere a la accesibilidad que tengan a los medicamentos o distancia a tenerlos. Aunque en la actualidad la atención es gratuita, ciertos gastos no los supe el gobierno y el paciente mismo tiene que buscar como cubrírselos, para cumplir con las indicaciones médicas y que la terapia se vea encaminada hacia el éxito terapéutico. <sup>(49)</sup>

El tratamiento antirretroviral paulatinamente se convierte en el epicentro de la vida del paciente con VIH, en tanto las posibilidades de continuar viviendo están directamente relacionadas con la forma de asumir la terapia, de cómo cumplir estrictamente con el régimen terapéutica. <sup>(49)</sup>

En la actualidad la mayoría de las familias atraviesan por escases de recursos por lo cual un diagnóstico de esta magnitud limita o agrega gastos extras al bolsillo del paciente. Debido a que los pacientes se someten a una terapia totalmente gratuita, debe cumplirse al pie de la letra. El problema se presenta en el traslado del

paciente al momento de retirar el medicamento, de asistir a las consultas, chequeos con especialistas ya que estos pacientes deben ir a cita cada mes lo que le genera gastos adicionales, para valorarle su carga viral y el conteo de células CD4. <sup>(49)</sup>

Cada vez que el paciente pierde o retrasa una dosis por no retirar el medicamento el día indicado, el virus tiene la oportunidad de reproducirse rápidamente, incrementando las posibilidades de mutación y de resistencia al tratamiento. Esta relación entre el seguimiento estricto de la terapia antirretroviral y la economía resulta relevante y se convierte en un asunto de significativa importancia dentro del manejo de los pacientes con VIH. <sup>(49)</sup>

El programa de la clínica de VIH del HEODRA brinda servicios; a la mayoría de departamentos de occidente entre ellos Chinandega, Chichigalpa, Corinto, Posoltega, Quezalhuateque, Telica y León, tienen que tomar transporte motivo por el cual los pacientes tienen gastos adicionales para acudir a sus controles médicos, retiro de medicamentos, chequeo de análisis. Principal razón por la cual muchos han dejado de asistir al programa o tiene asistencia no controlada, ya que aparecen a los dos meses dando paso al no cumplimiento del tratamiento llevando de la mano el fracaso terapéutico. <sup>(50)</sup>

#### **b) Apoyo económico de parte de instituciones o programa.**

Lamentablemente millones de personas viviendo con VIH/SIDA en países en desarrollo no cuentan con su apoyo social y económico necesario para tener una buena salud y poder llevar la enfermedad con el menor riesgo para el paciente y su familia, el apoyo económico es relativamente necesario para sufragar gastos. Además de las limitaciones en cuanto al acceso de información y educación, a servicio de salud en términos geográficos, culturales y económicos. <sup>(51)</sup>

Actualmente el control del VIH/SIDA se basa en la implementación de ciertas medidas preventivas, como el uso de preservativo, medidas higiénicas y educación sexual. <sup>(52)</sup>

El apoyo económico de parte de las instituciones no cabe más que referirse solo a la atención médica gratuita, exámenes de laboratorio, consulta psicológica, y a recibir el medicamento, pero el paciente debe sufragar exámenes del laboratorio y los medicamentos destinados a tratar infecciones oportunistas. Es preciso que las personas y las comunidades conozcan, toda la gama de costo relacionados con el tratamiento a fin de adoptar decisiones fundamentadas cuando están dispuestas a empezar un tratamiento antirretroviral. <sup>(52)</sup>

El pilar fundamental del tratamiento para el VIH/SIDA es el uso de medicamentos antirretrovirales los cuales han alterado fundamentalmente la tasa ingreso al país ya que son un costo extra cubrir el programa del paciente con sida; cabe recalcar que es un tratamiento que se debe seguir estrictamente sin dejar de cumplir dicha medicación. Un paciente se ve seriamente afectado cuando aparece una enfermedad crónica ya que experimenta el empobrecimiento y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades de gastos para cubrir todo lo referente a la necesidad de la enfermedad; es decir realizar un cambio en el estilo de vida. <sup>(52)</sup>

### **c) socioeconómico.**

La disponibilidad o los escasos de recursos económicos puede poner a los pacientes en posición de elegir entre diversas prioridades, la mayoría de estos pacientes postergan e incluso dejan de atenderse por el alto costo del tratamiento, y usan el limitado patrimonio del que disponen para satisfacer sus necesidades básicas como alimentación. De acuerdo a las dificultades económicas para solventar o continuar el tratamiento médico son la principal causa de abandono, de la terapia antirretroviral. <sup>(53)</sup>

Todos los pacientes con una enfermedad crónica deben de vivir en un ambiente adecuado tanto económico como emocionalmente, para mantener su condición de vida estable, es una dificultad más que todo si el conviviente con el virus es el generador de ingresos, o bien los gastos se incrementan por las demandas que exige el manejo adecuado de la enfermedad en cuanto a dietas, medicamento,

traslado del paciente o el sufragar todas aquellas necesidades para mantenerlo con una adecuada calidad de vida. <sup>(53)</sup>

#### **d) Requerimientos alimenticios.**

Una alimentación saludable es la que contiene los cuatro grupos de alimentos que organismo necesita: básicos, protectores, formadores y de energía concentrada. Los pacientes para obtener la energía que necesitan en su cuerpo deben consumir al menos, un alimento de los cuatro grupos, lo cual crea gastos adicionales al paciente y a su estado económico. Se puede escoger alimentos de acuerdo al gusto del paciente, el que tengan disponible y según su recurso económico, pero siempre y cuando los consuman para ayudar a su cuerpo a soportar el tratamiento y continuar con sus días llenos de energía.

Alimentos básicos: Proporcionan carbohidratos, energía para rápida utilización como caminar y pensar. También proporciona proteínas, vitaminas y minerales en pequeñas cantidades (Arroz, pan, cebada, papa, plátano, yuca, fruta de pan, tortilla, malanga, pastas alimenticias, galletas, frijoles).

Alimentos formadores: Proporcionan proteínas (de origen vegetal y animal). Se le recomiendan a las embarazadas, niños infectados por VIH, ya que son alimentos para crecer bien, construir músculos sanos, desarrollar el cerebro y muchas partes del cuerpo (gallo pinto, queso, huevo, carne de res, pescado, pollo, vísceras, garrobo, soya, frijoles rojos o negros, semilla de jícara, semilla de marañón).

Alimentos protectores: Proveen vitaminas y minerales útiles para la formación de la sangre, los huesos y los dientes. Se necesitan para que diferentes sistemas funcionen bien; si no se ingieren, el cuerpo se debilita. Estos se encuentran en frutas (papaya, mango, melón, sandía, naranja, limón, marañón, piña, banano, mandarina, zapote, níspero, mamey); verduras y vegetales (ayote, zanahoria, pipián, tomate, repollo, apio, pepino, chayote, chiltoma, remolacha, cebolla, brócoli, coliflor, lechuga, hijas verdes).

Alimentos de energía concentrada: Contemplan la energía que no ha sido aportada por los alimentos básicos. (Mantequilla, margarina, crema, aceite, azúcar, aguacate, maní, coco, cacao, dulce de rapadura, chocolate, jalea, mermelada, miel, alfeñique).

Todos estos alimentos son necesarios para el cumplimiento de la terapia, ya que son alimentos que ayudan a soportar la medicación; cuando los pacientes están bajo la terapia antirretroviral puede ser que no quieran comer en las primeras horas del día, debido al malestar asociado al medicamento. Por lo cual se le recomienda al paciente que fraccione las comidas haciendo 5 tiempos o más, según necesidades de cada uno. Este factor influye mucho en el abandono de la terapia antirretroviral, ya que los pacientes se sienten encerrados al no cumplir con la indicación de los alimentos por falta de recursos, el costo de los alimentos el elevado cada día y la mayoría de los pacientes son de escasos recursos; motivo que al no tolerar la medicación por falta de alimentos deciden abandonar la terapia antirretroviral quedando a su suerte. <sup>(49)</sup>

## **FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS AL ABANDONO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH.**

La aparición de una enfermedad crónica representa un cambio en el ciclo vital de la familia y es un prototipo de las crisis familiares afectando la comunicación y el mutuo apoyo familiar; se crea una separación familiar dejando afuera al enfermo, ya que muchos de los subsistemas se alteran con la aparición de una enfermedad aguda o crónica de alguna significación. <sup>(54)</sup>

Una enfermedad crónica inevitable tiene consecuencias que van más allá del cuerpo físico del paciente: afecta su actitud mental y todas sus relaciones familiares y sociales. “Diversos subsistemas familiares se alteran en forma importante en la enfermedad crónica: la relación marital, la relación entre padres e hijos, la relación entre hermanos. La calidad de vida de las familias con enfermos crónicos tiende a desmejorar.” <sup>(54)</sup>

Cualquier sea la enfermedad, el funcionamiento familiar afecta significativamente la calidad de la adaptación y viceversa. En general se tiende a aceptar cada vez más que la evolución de la enfermedad y la respuesta al tratamiento dependen, en buena medida, de la familia. Esto parece tener un efecto saludable en el desenlace de la enfermedad de sus miembros (por apoyo emocional, familiar, económico y de información de los padres). Si la familia no sabe manejar el estrés que representa la enfermedad, la evolución tendría a ser negativa. <sup>(54)</sup>

Un aspecto importante de la enfermedad, que puede ser controlado por la familia, es asegurar la adherencia al tratamiento. Se comprueba una mejor adherencia a los tratamientos medicamentosos en general los pacientes con VIH/SIDA en particular, cuando existe un mejor funcionamiento familiar, así como estos disponen de domicilio fijo y amigos. Ya que, desde la perspectiva del apoyo social, la familia puede considerarse un agente central en la entrega de cuidados para el paciente, fundamentalmente en el cumplimiento de las prescripciones médicas. <sup>(55)</sup>

Dorothea Orem, en su teoría del déficit del autocuidado propone el postulado de que las habilidades de cada individuo para auto cuidarse están condicionadas por

el apoyo familiar como base principal del cuidado y seguimiento del tratamiento.  
(56)

Los pacientes con un apoyo familiar, una aceptación del diagnóstico, que este ahí para ellos en todo momento como el pilar es de gran utilidad para el éxito terapéutico, ya que los pacientes gozan de buena salud mental contribuyendo a la adherencia al tratamiento antirretroviral y la asistencia a las unidades de salud. Aparte de la medicina no hay nada mejor que el apoyo familiar, ya que es ella quien influye positivamente en la autoestima, la confianza en sí mismo y la autoimagen de la persona contagiada. También les da apoyo moral, mostrándole que la vida vale la pena ser vivida. La familia debe saber que ser VIH positivo no es razón para jubilarse anticipadamente ni para dejar de estudiar o para dejar de realizar otras actividades sociales. (49)

#### **a) Apoyo familiar al paciente que vive con VIH:**

Esta etapa de la vida por la cual pasa el paciente necesita el acercamiento por parte de su familia principalmente para lograr el incremento de las habilidades de afrontamiento para poder manejar todas las situaciones presentes y futuras con relación al miembro de la familia enfermo. (57)

La familia debe tener en cuenta que el paciente infectado es parte de ellos y que debe ser apoyado para poder seguir adelante, incluirlo en roles, tiene que tener en cuenta que es necesario fomentarle seguridad, responsabilizándolo de forma paulatina en su tratamiento, favorecer la toma de decisiones y cuidado de salud, asumir una actitud comprensiva, amorosa y alegre al atenderlo, acompañarlo a realizar actividades físicas y mentales y así orientar los pensamientos negativos y positivos. (58)

Dando relevancia a la importancia de la familia, ONUSIDA en su informe del 2008 sobre epidemia Global del SIDA, donde adopta políticas que refuercen relaciones familiares saludables, proteger y aumentar los recursos familiares y reforzar la adaptación de las familias dentro de un medio siempre cambiante y reforzar sus funciones económicas y de ayuda. (9)

### **b) Disfunción familiar:**

Muchos de los familiares de los pacientes que viven con SIDA al darse cuenta de que un integrante de la familia contrajo la enfermedad lo que hacen es alejarse de ellos, insultarlos. Es importante que la familia reciba una terapia psicológica junto con la persona infectada para que se le oriente como debe afrontar la situación, y servir de ayuda para el paciente ya que con su apoyo facilitaría a que el familiar contagiado cumpla con la terapia necesaria para poder prolongar su tiempo de vida y que pueda tener calidad de vida. <sup>(59)</sup>

Dentro del contexto de la disfunción familiar en la persona con VIH, la familia es significativa para un buen pronóstico, es por eso que en los programas corporativos es importante la intervención de un especialista en el área de la familia para la integración familiar y no la desintegración que atraviesa la familia a causa de dicha enfermedad. Al cumplir estas características la intervención es mucho más efectiva logrando el éxito terapéutico de la terapia antirretroviral, porque el paciente se encontrará consigo mismo y su familia ideando recursos internos que faciliten un buen continente dentro de este proceso de la enfermedad. <sup>(60)</sup>

### **c) Ausencia de la pareja en pacientes con VIH:**

La pareja del conviviente con el VIH sufre al igual que él, un cumulo de sentimientos e ideas que atentan contra la relación de pareja, llevando a la separación e incluso al abandono de su pareja enferma. El foco primordial de la intervención está fundamentado en asistir dentro de la terapia el proceso del perdón si el paciente ha adquirido la enfermedad por múltiples razones como son; la promiscuidad, consumo de sustancias psicoactivas, homosexualidad entre otras. <sup>(61)</sup>

La pareja que abandona al paciente con VIH induce al paciente a que caiga en la depresión la cual hace que la situación se agrave de acuerdo al estado clínico del paciente suscitando en el paciente la tristeza, sentimientos de impotencia, de culpa, se auto aprovechen. <sup>(61)</sup>

## Materiales y Método

**Tipo de estudio:** Analítico de casos y controles.

**Analítico:** Analiza la relación entre el abandono de la terapia antirretroviral y los factores económicos y familiares, de los pacientes inscritos en el programa VIH del HEODRA.

**Casos y controles:** Donde se comparó un grupo de individuos que padecen de la infección del VIH, que no cumplen con la terapia antirretroviral (casos), con un grupo de individuos que padecen de la infección del VIH pero que si cumplen con la terapia antirretroviral (controles).

De cada uno de los individuos se obtuvo la información sobre antecedentes de exposición, la influencia de los factores económicos y familiares en el abandono de la terapia antirretroviral. El análisis de los datos consiste en la comparación de las proporciones de individuos en el grupo de casos y en el grupo de controles.

**Área de estudio:** El Hospital Escuela Oscar Danilo Arguello se encuentra ubicado en el centro de la ciudad de León, en el barrio el sagrario, el cual da atención medica regional a las principales patologías contando con una atención pediátrica, odontológica, ginecológica, quirúrgica y patológica. La clínica de VIH está ubicada en el primer piso de dicho hospital la cual atiende a 520 pacientes de todo occidente inscritos en el programa, de la clínica que da atención que da atención a las personas con dicha enfermedad en la región. Está conformado por un equipo multidisciplinario: Un director, la licenciada encargada de la atención del tratamiento una psicóloga que se encarga de tratar los problemas mentales de los pacientes, una pediatra infectología para la atención de los niños con VIH por último la trabajadora social encargada de cumplir otras necesidades del paciente por ejemplo: Exámenes que no se realizan en el hospital todas las decisiones son tomadas en conjunto para el buen funcionamiento del programa de la clínica VIH.

**Unidad de análisis:** Pacientes inscritos en la clínica de VIH del HEODRA.

**Universo:** Estuvo conformado por 350 pacientes con VIH en el HEODRA que se reportaron en enero del 2017, de los cuales 175 se reportaron como abandono e incumplimiento (casos) y 175 pacientes que presentan características similares al paciente caso pero que tienen una adecuada adherencia/cumplimiento de la terapia antirretroviral, reportados como pacientes adherentes.

**Muestra:** Estuvo conformado por 175 pacientes (casos) que pertenezcan a la clínica de VIH del HEODRA que incumplan con la terapia antirretroviral y 1 paciente que pertenezca a la clínica de VIH del HEODRA (controles) por cada paciente que realice las mismas actividades, presente las mismas características, pero que si cumplan con la terapia antirretroviral para un total de 350 casos y controles.

**Muestreo:** Fue a través del proceso de conveniencia donde se extrajeron 175 nombres de pacientes casos. Para los controles se llevó a cabo el mismo proceso, en una relación de 1:1 lo que indica que un control por cada caso dando un total de 175 pacientes que cumplan con la terapia antirretroviral, para participar en el estudio.

### **Fuentes de información**

**Primaria:** Encuestas a personas en estudio.

**Secundaria:** Expedientes clínico.

**Definición de Casos:** De los 350 de la población en estudio 175 pacientes con diagnosticados por un facultativo del hospital y que no tengan un adecuado cumplimiento a la terapia antirretroviral, con una adherencia del 60% o menor, según la OMS.

**Definición de Controles:** pacientes de la población en estudio con características similares, a los pacientes casos que poseen la infección del VIH pero que cumplen la terapia antirretroviral, con una adherencia de 50-80% a más según la OMS.

### **Criterio de inclusión (casos):**

- ✓ Cumplieron la definición de casos.
- ✓ Que asistan a la clínica de VIH del HEODRA
- ✓ Que firmen el consentimiento informado.
- ✓ Que tengan una adherencia a la terapia antirretroviral menor de 50%.
- ✓ Pacientes mayores de edad (18 años a más).
- ✓ De ambos sexos.

### **Criterio de inclusión (controles):**

- ✓ Que cumplan con la definición de control.
- ✓ Que asistan a la clínica de VIH del HEODRA.
- ✓ Que firmen el consentimiento informado.
- ✓ Que posean una adherencia a la terapia antirretroviral del 50-80% o más.
- ✓ De ambos sexos
- ✓ Mayores de edad (18 años a más)

### **Variables del estudio**

#### ✓ **Dependiente:**

Abandono de la terapia antirretroviral

#### ✓ **Independiente:**

Factores económicos

Factores familiares

## **Prueba de campo de los instrumentos**

Se realizó una prueba piloto al 10% de la muestra, de los pacientes con VIH inscritos en el programa de Chinandega (35 casos y 35 controles), que no pertenecieron al estudio, ni al periodo de tiempo en que se realizó; esto para determinar la validez y confiabilidad del instrumento, con el fin de someter a prueba diferentes aspectos de la ejecución y aplicar el instrumento a personas con características de la muestra de objeto de investigación, sometiendo a prueba no solo el instrumento de medición, sino también las condiciones de aplicación y procedimientos involucrados.

## **Técnica e instrumento de recolección de datos**

La recolección de la información se ejecutó por medio de entrevistas con el paciente a través de un cuestionario de preguntas cerradas previamente elaboradas, previo de haber firmado el consentimiento. Donde se refleja la información brindada por el paciente respecto a los datos sociodemográficos, factores económicos y familiares en pacientes que asisten a la clínica de VIH del Hospital Escuela Doctor Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA) de León. El instrumento constó con tres acápite, el primero de datos sociodemográficos el cual requirió de siete datos básicos y fáciles de responder para el paciente, el segundo acápite fue de factores económicos el cual contenía ocho preguntas y el último acápite fue de factores familiares que contenía de igual manera con ocho preguntas. Todas estas de con respuestas cerradas para fácil comprensión y desarrollo del paciente.

## **Método de recolección de información**

Se estableció contacto con el director del programa VIH del HEODRA donde realizamos el estudio investigativo para la obtención de los permisos que fueron necesarios y así aplicar el instrumento con dirección del personal responsable, posteriormente se realizó el llenado de la encuesta en la clínica de VIH, previo a la explicación del paciente sobre el propósito y el beneficio para ellos de la

investigación y solicitándole el previo consentimiento informado de manera verbal y escrito. Así mismo se dio a conocer al paciente que la información que nos brindó será anónima y utilizada únicamente con fines investigativos, de igual manera se informó al paciente que su participación es totalmente voluntaria y que tuvo el derecho a abandonar el estudio cuando él lo decidiera. Se aseguro el llenado del 100% de la información revisando cada cuestionario para corroborar que todos los acápites estén llenos.

### **Procesamiento y análisis de la información**

La información se procesó en el programa estadístico SPSS versión 21. El análisis de la información se llevó a cabo a través de tablas de contingencia 2x2, para demostrar la asociación existente entre las variables, se utilizó la prueba estadística del chi cuadrado ( $X^2$ ), cuando  $X^2$  es menor a 0.05 las variables están asociadas una de la otra, se utilizó la prueba de OR para la dirección , cuando  $OR < 1$  indica factor protector y un  $OR > 1$  indica un factor de riesgo, si el  $OR = 1$  la variable es un factor no asociado. El error estándar que contempla la investigación analítica es del 0.05 (5%) por lo tanto se realizó con un intervalo de confianza de un 95 %, los limites naturales para determinar existe significancia estadística. Si y solo si, en el recorrido de los limites naturales no contiene la unidad.

La información se presenta a través de tablas y gráficos para facilitar la comprensión de los resultados.

### **Aspectos éticos**

**Beneficencia:** A ninguno de los participantes le fue afectada su integridad, física, psicológica, social o espiritual y se trató de protegerlos al máximo, aunque esto implique la no participación en nuestra investigación.

**Consentimiento informado:** Se solicito la participación voluntaria de las personas en estudio, explicándole los objetivos de la investigación y la utilidad de la misma, el paciente firmará el documento de consentimiento informado si está dispuesto a participar en el estudio.

**Anonimato:** Se explico al paciente que no se tomaran datos que puedan poner en riesgo la identidad e integridad de las personas que participen en la investigación.

**Confidencialidad:** La información obtenida fue y será manejada únicamente por el equipo investigador y será utilizada únicamente para fines de estudio.

## RESULTADOS

Según el estudio sobre los Factores económicos y familiares relacionados al abandono de la terapia antirretroviral, en pacientes inscritos en el programa VIH del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello II Semestre 2017 se obtuvieron los siguientes resultados:

Según las características sociodemográficas, hubieron 350 pacientes entre casos y controles de los cuales predomina la edad de 25 años, del sexo masculino, de procedencia urbana, solteros, católicos y en su mayoría con una ocupación varia (Dj, albañil, niñera, etc. ). **Ver tabla # 1**

**Tabla 1. Características Sociodemográficas de los pacientes inscritos en el programa VIH del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello**

Datos Sociodemográficos		N	%
<b>Edad</b>	<b>Moda: 25</b>		
<b>Sexo</b>	Masculino	195	56
	Femenino	155	44
<b>Procedencia</b>	Urbana	223	64
	Rural	127	36
<b>Estado Civil</b>	Soltero	182	52
	Casado	168	48
<b>Religión</b>	Católico	175	50
	Evangélico	71	20
	Otra	60	17
	Ninguna	44	13
<b>Nivel Académico</b>	Analfabeto	45	13
	Primaria	62	18
	Secundaria	112	32
	Universidad	99	28
	Otro	32	9
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	72	21
	Comerciante	51	15
	Área de Salud	10	3
	Conductor	30	9
	Obrero	41	12
	Agricultor	29	8
	Oficina	32	9
	Otro	85	24
<b>Total</b>		<b>350</b>	<b>100</b>

**Fuente:** cuestionario

## En relación a los factores económicos

1. Al analizar la relación entre ejercer un trabajo actualmente con la influencia a abandonar el TAR se obtuvo que los pacientes que actualmente trabajan presentan un  $\chi^2$  de 0.9, OR de 0.9, Li 0.6 y Ls 1.5. **Ver tabla # 2**
2. Al medir la relación entre el salario y el desarrollo a abandonar el TAR se obtuvo que tener un salario que satisfaga las necesidades de la enfermedad presenta un  $\chi^2$  de 0.000, OR 0.2, Li 0.1 y Ls 0.4. **Ver tabla #2**
3. Al comparar la relación entre la distancia del hogar hacia el hospital con la influencia al abandono de la TAR se obtuvo que vivir lejos presenta un  $\chi^2$  0.001 de un OR de 2.1, Li 1.3 y Ls de 3.4. **Ver tabla #2**
4. Al relacionar la variable entre requerir transporte para llegar al hospital con la influencia al abandono de la TAR, se obtuvo que aquellos pacientes que dependen de este medio presentan un  $\chi^2$  de 0.7, un OR de 1.08, Li de 0.6 y Ls de 1.9. **Ver tabla #2**
5. Al analizar la variable recibir apoyo económico de alguna institución influye en el cumplimiento o abandono del TAR se encontró un  $\chi^2$  de 0.5, un OR de 0.9, un Li de 0.5 y Ls de 0.7, siendo este un factor protector no comprobado. **Ver tabla #2**
6. Al relacionar la economía de los pacientes con la influencia a abandonar la TAR se obtuvo que tener personas que dependan de su salario presenta un  $\chi^2$  de 1.0, OR de 1, Li de 0.6 y Ls de 1.5. **Ver tabla #2**

7. Al comparar la relación entre las condiciones de vida con la influencia a abandonar la TAR se obtuvo que vivir en las condiciones de vida adecuada presenta un  $\chi^2$  de 0.000, un OR de 0.2, Li de 0.14 y Ls de 0,3. **Ver tabla #2**
  
8. Al analizar la relación entre la economía de los pacientes con el desarrollo a abandonar la TAR se obtuvo que la influencia de una economía baja influye en el abandono de la terapia antirretroviral y presenta un  $\chi^2$  de 0.1, un OR de 3.07, Li de 0.6 y Ls de 1.5. **Ver tabla #2**

**Tabla 2. Factores económicos relacionados al abandono de la terapia antirretroviral, en pacientes inscritos en el programa VIH del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello II Semestre 2017**

<b>Factores económicos</b>					
<b>N°</b>	<b>Exposición</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>OR</b>	<b>Li</b>	<b>Ls</b>
1	Trabajar actualmente	0.9	0.9	0.6	1.5
2	Tener un salario que satisfaga las necesidades de la enfermedad	0.00	0.2	0.1	0.4
3	Vivir lejos del hospital	0.00	2.1	1.3	3.4
4	Requerir de transporte para llegar al hospital	0.7	1.08	0.6	1.9
5	Recibir apoyo económico de alguna institución	0.5	0.9	0.5	0.7
6	Tener personas que dependan del salario del paciente	1.0	1	0.6	1.5
7	Vivir en las condiciones de vida adecuada	0.00	0.2	0.14	0,3
8	Que el nivel bajo de economía influya en el cumplimiento de la TAR.	0.1	3.07	0.6	1.5

**Fuente:** cuestionario

### **Respecto a los factores familiares:**

1. Al comparar la relación entre los problemas familiares con la influencia a abandonar la TAR se obtuvo que tener conflictos entre la misma familia presenta un  $x^2$  de 0.000, un OR de 2.4, Li de 1.5 y Ls de 3.7. **Ver tabla #3**
2. Al analizar la comunicación familiar con el desarrollo a abandonar la TAR se obtuvo que el no tener una buena comunicación familiar presenta un  $x^2$  de 0.2, un OR de 1.2, Li de 0.8 y Ls de 1.9. **Ver tabla #3**
3. Al relacionar la influencia del apoyo familiar con el abandono del TAR se obtuvo que recibir apoyo familiar para continuar con la TAR presenta un  $x^2$  de 0.003 , un OR de 0.5 , Li 0.3 y Ls de 0.7. **Ver tabla #3**

4. Al analizar el abandono de la pareja con el desarrollo a abandonar la TAR se obtuvo que el abandono de su pareja después de conocer su diagnóstico presenta un  $X^2$  de 0.2, un OR de 1.3, Li de 0.8 y Ls de 2.1. **Ver tabla #3**
5. Al analizar las relaciones familiares con el desarrollo a abandonar la TAR se obtuvo que las familias que aceptan el diagnóstico del paciente presentan un  $X^2$  de 0.000, OR de 0.2, un Li de 0.1 y Ls de 0.4. **Ver tabla #3**
6. Al analizar las relaciones familiares con la influencia a abandonar la TAR se obtuvo que ser acompañado por un familiar a recibir TAR presenta un  $x^2$  de 0.001, OR de 0.4, Li de 0.3 y Ls de 0.7. **Ver tabla #3**
7. Al analizar la utilidad del paciente entre la familia y el abandono del TAR se obtuvo que sentirse útil entre la familia presenta un  $x^2$  de 0.000, un OR de 0.2, Li de 0.1 y Ls de 0.4. **Ver tabla #3**
8. Al analizar las relaciones familiares con el desarrollo a abandonar la TAR se obtuvo que las familias que son una fuente de apoyo para cumplir la TAR presentan un  $x^2$  de 0.000 , un OR de 0.3, un Li de 0.1 y Ls de 0.5. **Ver tabla #3**

**Tabla 3. Factores familiares relacionados al abandono de la terapia antirretroviral, en pacientes inscritos en el programa VIH del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello II Semestre 2017**

<b>Factores Familiares</b>					
<b>N°</b>	<b>Exposición</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>OR</b>	<b>Li</b>	<b>Ls</b>
1	Tener problemas familiares	0.00	2.4	1.5	3.7
2	No tener una buena comunicación familiar	0.2	1.2	0.8	1.9
3	Recibir apoyo Familiar para continuar con la TAR	0.00	0.5	0.3	0.7
4	Que la pareja lo haya abandonado después de conocer su diagnóstico	0.2	1.3	0.8	2.1
5	Que la familia acepte su diagnóstico	0.00	0.2	0.1	0.4
6	Ser acompañado por un familiar a recibir TAR	0.00	0.4	0.3	0.7
7	Sentirse útil entre la familia	0.00	0.2	0.1	0.4
8	Que la familia sea una fuente de apoyo para cumplir la TAR	0.00	0.3	0.1	0.5

**Fuente:** cuestionario

## DISCUSIONES

### **Según los Factores Económicos:**

1. Ejercer un empleo actualmente es un factor protector que disminuye 0.09 veces el riesgo de abandonar la terapia antirretroviral, lo cual concuerda con Jarrin I, Hernández-Novoa B, Alejos B, Riera M, Navarro G, Bernardino JI quienes refieren en su estudio que los pacientes con trabajo estable tienen menos probabilidad de abandono de la terapia antirretroviral que aquellos pacientes que no tienen un empleo actualmente.
2. Tener un salario que satisfaga las necesidades de la enfermedad es un factor protector que disminuye 0.9 veces el riesgo de abandonar la terapia antirretroviral lo cual contradice con Jarrin I, Hernández-Novoa B, Alejos B, Riera M, Navarro G, Bernardino JI en el estudio guía de la terapia antirretroviral, el factor económico es el principal factor de riesgo de abandono de la terapia, para ello en marca dos principales precursores la ausencia del trabajo y un ingreso salarial adecuado; la disponibilidad o escases de recursos económicos pueden poner a los pacientes en posición de elegir entre diversas prioridades. La mayoría de los pacientes con este problema postergan la ingesta del tratamiento para satisfacer otras necesidades básicas de ellos o de la familia.
3. Vivir lejos del hospital es un factor de riesgo que aumenta 2.1 veces la probabilidad de abandonar la terapia antirretroviral lo cual se compara con la teoría plasmada en el “Manual educativo sobre el auto cuidado en personas con VIH 2015. Managua, Nicaragua 2015. Instituto politécnico nacional USAID/ PrevenSida”; El problema se presenta en el traslado del paciente al momento de retirar el medicamento, de asistir a las consultas, chequeos con especialistas ya que estos pacientes deben ir a cita cada mes lo genera gastos adicionales, para valorarle su carga viral y el conteo de células CD4. Esta relación entre el seguimiento estricto de la terapia antirretroviral y la

economía resulta relevante y se convierte en un asunto de significativa importancia dentro del manejo de los pacientes con VIH.

4. Requerir de un medio de transporte para llegar al hospital es un factor de riesgo que aumenta 1.08 veces el riesgo de abandonar la terapia antirretroviral lo cual concuerda con la estrategia de ONUSIDA y el registro de asistencia de la clínica VIH-HEODRA. León, enero diciembre, 2016. Los pacientes tienen que tomar transporte motivo por el cual, tienen gastos adicionales para acudir a sus controles médicos, retiro de medicamentos, chequeo de análisis. Principal razón que muchos han dejado de asistir al programa o tiene asistencia no controlada, ya que aparecen a los dos meses dando paso al no cumplimiento del tratamiento llevando de la mano el fracaso terapéutico.
  
5. Recibir apoyo económico de alguna institución es un factor protector que disminuye 0.9 veces el riesgo de abandonar la terapia antirretroviral. Lo cual concuerda “Directrices unificadas sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH”; que refiere es el apoyo económico es relativamente necesario para sufragar gastos. lamentablemente millones de personas viviendo con VIH/SIDA en países en desarrollo no cuentan con un apoyo social y económico necesario para tener una buena salud y poder llevar la enfermedad con el menor riesgo para el paciente y su familia.
  
6. Tener personas que dependan del salario de los pacientes es un factor no asociado en 1, para que los pacientes abandonen la terapia antirretroviral lo cual contradice a Fauci D, Lane HC. El aspecto socioeconómico es una dificultad más que todo si el conviviente con el virus es el generador de ingresos y tiene que cubrir las necesidades de toda la familia, más las requeridas por su enfermedad.

7. Vivir en condiciones adecuadas es un factor protector que disminuye 0.2 veces el riesgo de abandonar la terapia antirretroviral lo cual concuerda con Jarrin I, Hernandez-Novoa B, Alejos B, Riera M, Navarro G, Bernardino JI; todos los pacientes con una enfermedad crónica deben de vivir en un ambiente adecuado tanto económico como emocionalmente, para mantener su condición de vida estable.
  
8. La economía de los pacientes es un factor de riesgo que aumenta 3,07 veces la probabilidad de abandonar la terapia antirretroviral lo cual concuerda con el “Manual educativo sobre el auto cuidado en personas con VIH 2015. Managua, Nicaragua 2015. Instituto politécnico nacional USAID/ PrevenSida”. En la actualidad la mayoría de las familias atraviesan por escases de recursos por lo cual un diagnóstico de esta magnitud limita o agrega gastos extras al bolsillo del paciente, debido a que los pacientes se someten a una terapia totalmente gratuita, debe cumplirse al pie de la letra. Hoy en día, debido a los problemas sanitarios y económicos, la falta de adherencia antirretrovirales es considerado un problema de salud pública, ya que no permite llegar a la efectividad clínica.

## Según los factores familiares:

1. Tener problemas familiares es un factor de riesgo que aumenta 2,4 veces la probabilidad de abandonar la terapia antirretroviral lo cual concuerda con Doherty y Florenzano una enfermedad crónica inevitable tiene consecuencias que van más allá del cuerpo físico del paciente afecta su actitud mental y todas las relaciones familiares.
2. El no tener una buena comunicación familiar es un factor de riesgo que aumenta 1.2 veces la probabilidad de abandonar la terapia antirretroviral lo cual concuerda con Doherty y Florenzano en su estudio historia clínica representa un cambio en el ciclo vital de la familia y es un prototipo de crisis familiar afectando la comunicación y el mutuo apoyo familiar, creando separación.
3. Recibir apoyo familiar es un factor protector que disminuye 0.5 veces la probabilidad de abandonar la terapia antirretroviral lo cual se contradice con la teoría plasmada por Doherty y Florenzano cualquiera que sea la enfermedad, el funcionamiento familiar afecta significativamente la calidad de la adaptación y viceversa.
4. El ser abandonado por la pareja después del diagnóstico es un factor de riesgo que aumenta 1.3 veces la probabilidad de abandonar la terapia antirretroviral lo cual concuerda con el libro antirretroviral terapia a pacientes con VIH: los adultos y adolescentes que son abandonados por su pareja , induce al paciente con VIH a que caiga en la depresión la cual hace que la situación se agrave.

5. Que la familia acepte el diagnóstico es un factor protector que disminuye en 0.2 veces el riesgo de abandono de la terapia antirretroviral lo que concuerda con el “Manual educativo sobre el auto cuidado en persona con VIH, USAID, 2015”, los pacientes con un apoyo familiar una aceptación del diagnóstico es de gran utilidad para el éxito terapéutico, influyendo positivamente en la autoestima, la confianza en sí mismo y la autoimagen de la persona contagiada.
6. Ser acompañado por un familiar a recibir la terapia antirretroviral es un factor protector que disminuye 0.4 veces el riesgo de abandono de la terapia lo que concuerda con “El manual educativo sobre el auto cuidado en personas con VIH, USAID el acompañamiento familiar a los grupos de apoyo, recibir la terapia contribuye a la adherencia del tratamiento.
7. Sentirse útil entre la familia es un factor protector que disminuye 0.2 veces el riesgo de abandonar la terapia antirretroviral , lo que concuerda con la teoría de bienestar familiar VIH/SIDA en 2010 realizada por el centro de información d la ONU-LIMA plasma la familia debe tener en cuenta que el paciente infectado es parte de ellos y que debe ser apoyado para poder seguir adelante, incluirlo en los roles de esta forma le fomentara seguridad.
8. Que la familia sea una fuente de apoyo es un factor protector que disminuye 0.3 veces la probabilidad de abandonar la terapia antirretroviral lo que concuerda con la OPS en un informe brindado a los Estados Unidos en el 2011, sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en el cual se enmarco claramente que la familia es significativa para un buen pronóstico, es por eso que en los programas es importante la comparación de un especialista en el área de la familia para la integración familiar y no la desintegración que atraviesa la familia a causa de dicha enfermedad.

## Conclusiones

### 1. Datos sociodemográficos:

- ❖ Según el estudio sobre los Factores económicos y familiares relacionados al abandono de la terapia antirretroviral, en pacientes inscritos en el programa VIH del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello II Semestre 2017 se obtuvieron los siguientes resultados: Según las características sociodemográficas, hubieron 350 pacientes entre casos y controles de los cuales predomina la edad de 25 años, del sexo masculino, de procedencia urbana, solteros, católicos y en su mayoría son comerciantes.

#### Resultaron factores protectores

#### Según factores económicos:

- ❖ Tener un salario que satisfaga las necesidades de la enfermedad disminuye el riesgo en 0.2 veces la probabilidad de abandonar la terapia antirretroviral.
- ❖ Recibir apoyo económico de alguna institución fue un factor protector que disminuye el riesgo en 0.9 veces la probabilidad de abandonar la terapia antirretroviral.
- ❖ Tener condiciones de vida adecuada disminuye el riesgo en 0.2 veces la probabilidad de abandonar la terapia antirretroviral.
- ❖ En nuestra investigación se analizaron las siguientes variables: Vivir lejos del hospital, requerir de transporte para llegar al hospital y que la baja economía influya en el cumplimiento del TAR, se asociaron al fenómeno, pero no se pudieron comprobar como factores de riesgo; para desarrollar el efecto esperado.

### **Según los factores familiares:**

- ❖ Recibir apoyo familiar disminuye el riesgo en 0.5 veces la probabilidad de abandonar la terapia antirretroviral.
- ❖ Que la familia acepte el diagnóstico disminuye el riesgo en 0.2 veces la probabilidad de abandono de la terapia antirretroviral.
- ❖ Ser acompañado por un familiar a recibir el TAR disminuye el riesgo en 0.4 veces la probabilidad de abandono de la terapia antirretroviral.
- ❖ Sentirse útil entre la familia disminuye el riesgo el riesgo en 0.2 veces la probabilidad de abandono del TAR.
- ❖ Que la familia sea una fuente de apoyo para el cumplimiento de la terapia disminuye el riesgo en 0.3 veces a abandonar la terapia antirretroviral.
- ❖ En nuestra investigación se analizaron las siguientes variables: tener problemas familiares, no tener una buena comunicación con la familia y que la pareja lo haya abandonado después del diagnóstico, se asociaron al fenómeno, pero no se pudieron comprobar como factores de riesgo; para desarrollar el efecto esperado.

En conclusión, de este investigativo se comprobó la hipótesis planteada

## Recomendaciones

**A las autoridades del programa hospital escuela HEODRA, con la finalidad de que:**

- ❖ Los responsables del programa elaboren estrategias educativas, sobre la importancia del cumplimiento de la terapia antirretroviral.
- ❖ Realicen alianza con otras organizaciones del estado para que los pacientes, reciban ayuda económica.

**Al equipo multidisciplinario encargado del programa:**

- ❖ Establecer un programa de apoyo familiar como lo dicta USAID y la OPS en un informe brindado en los Estados Unidos en el 2011, para la integración familiar y no la desintegración que atraviesa la familia a causa de dicha enfermedad.

**Dirigida a los investigadores:**

- ❖ Utilizar poblaciones mayores para estudios similares ya que ninguno de los factores mencionados a continuación presentados asociación con el fenómeno de estudio.
  - Tener problemas familiares.
  - Recibir apoyo familiar.
  - Ser abandonado por la pareja después del diagnóstico.
  - Ser acompañado por un familiar a recibir la terapia antirretroviral.
  - Que la familia sea una fuente de apoyo.
  - Tener un trabajo.
  - Gozar de un salario que satisfaga las necesidades básicas.
  - Requerir de transporte para llegar al hospital.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ONUSIDA / OMS. Situación de la epidemia del SIDA. Ginebra gaceta sanitaria ONUSIDA 2010.
2. Pigmentos F, vira M delives C. Peñaranda M. de la fuente L Baranack A. Estudio adherencia a los fármacos antirretrovirales, una revisión sistemática. España: de recchi 2008. 119 (4): 130 – 7.
3. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Terapia antirretroviral habanacuba, universidad de Guadalajara 2015: 14(5) 587 – 598
4. OPS. Actualización del VIH,mexico; editorial medica panamericana 2009.
5. Estudio de medición de la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR). Ministerio de salud en el salvador.edt universidad ibuamerica Marzo-abril 2013.
6. Bortman Saenz, Piminta, Isem y Rodriguez. Prevalencia del SIDA en Nicaragua, edt nuevo diario,2010.
7. Chamarro, TAR de gran actividad, León. Nuevo amanecer 2009.
8. Organización Mundial de la salud (OMS) Boletín informativo (prevalencia del SIDA), Barcelona. Bibliomedica 2017.
9. PROFAMILIA. (2010) PROFAMILIA Terapia de VIH Nicaragua, medica panamericana, 2010. Recuperado el 2 de julio del 2012, de Nicaragua avanza a paso muy lento contra el VIH/SIDA.
10. ELLINS, Claude Ann y colaboradores. The role of psicosocial and family factors in Adherence to Antirretroviral Treatment in Human Immunodeficiency, Nomber II, volume 23, November 2011
11. Consenso Argentino de terapia antirretrovira, Baltimore. Editorial CNRS-EPRESA 2014 – 2015. Sociedad d argentina de Infectologia/SADI.
12. OPS (2011) adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica Washington Dic Estados Unidos.
13. INFOSIDA Janssen – Cilang, S.A, 2006).

14. INFOSIDA, Janssen – Cilang S.A (19 septiembre 2006), Infosida. Recuperado el 16 de julio 2012 de infosida es: <http://www.infosida.es/bgdisplay.jhtml?itemname=understandadherence>.
15. Según la OMS 2016
16. Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2008. Actualizado: 2012.
17. Según el diccionario de la Real Academia Española, 2010
18. según el MINSA. Nicaragua Edt nuevo amanecer, 2009.
19. INFOSIDA, Nicaragua edt SMS, 2016.
20. OMS. Epidemia , edt mundial, en el 2003.
21. Adherence to long term therapies: evidence for action, World Health Organization, (2003).
22. Broder S. The development of antiretroviral therapy and its impact on the HIV- 1/AIDS pandemic. Antiviral Res [en internet]. Jan 2010;85(1). [Citado 2015-01-17].
23. Huang L, Quartin A, Jones D, Havlir DV. Intensive care of patients with HIV infection. N Engl J Med [en internet] 2006 [citado 2014-09-13]; 355 (2): 173-81.
24. Bazan-Ruiz, S; Chaname Pinedo, L E y Maguina Vargas, C. Adherencia al TARGA en VIH /sida: Un Problema de Salud Pública. Acta méd. peruana [en internet]. 2013 [citado 2014-09-13], , vol.30, n.2 pp. 101-102 .
25. Martin Alfonso, L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública [en internet]. 2006 [citado 2014-09-13], vol.32, n.3, pp. 0-0. ISSN 0864-3466.
26. Nachega J B, Mugavero M J, Zeier M, Vitória M, and Gallant J E. Treatment simplification in HIV-infected adults as a strategy to prevent toxicity, improve adherence, quality of life and decrease healthcare costs. Patient Prefer Adherence 2011 [citado 2015-01-17]; 5: 357–367. PMC3150164.
27. Torres Peña R, Lantero Abreu M.I. Acerca del programa de prevención y control de la infección por el VIH/ SIDA en Cuba. RESUMED 2000 [citado 2014-09-13]; 13(2):76-9. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol13\\_2\\_00/res05200.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol13_2_00/res05200.htm)

28. WHO. New WHO recommendations: antiretroviral therapy for adults and adolescents, Mexico, bibliomedica 2009. pp. 1–5. [ citado 2013 Jul 12]. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/pub/arv/art\\_key\\_mess.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/arv/art_key_mess.pdf)
29. Orta Alfonso I., Sánchez de la Cruz E. R. El acceso a los medicamentos en el mundo de hoy. Rev haban cienc méd La Habana, [en internet]. 2008 Abr [citado 2014 may 07] Vol VII. No 4. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v7n4/rhcm12408.pdf>
30. Quintero, M. ; Salcedo, J P. Intersecciones entre posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/SIDA: aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de vida. Pensamiento Psicológico [en internet] 2012 [citado 2014 ] vol. 10, no 2. /revistas.
31. Sandelowski M., Voils C I., Chang Y., Lee E. A Systematic Review Comparing Antiretroviral Adherence Descriptive and Intervention Studies. AIDS Care [en Revista Habanera de Ciencias Médicas 2015; 14(5):587-598. August 2009 [citado 2015-01-17]; 21(8): 953–966. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797126/>
32. Alfonso Martin, L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública [en internet]. 2006 [citado 2014-09-13], vol.32, n.3, pp. 0-0. ISSN 0864-3466. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013).
33. Alfonso Martin, L.; Grau Abalo J A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Psicología y Salud [en Internet] enero-junio de 2004 [citado 2014-09-13] Vol. 14, Núm. 1: 89-99. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869/1597>
34. Morales G., Aragón M., Lara B. Factores asociados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Rev Med Hondur [en internet] 2009 [citado 2014-09-13]; 77(2): 57-98. Disponible en: <http://ns.bvs.hn/RMH/pdf/2009/pdf/Vol77-2-2009-3.pdf>

35. Sanchez Fuentes J.; Cancio Enrique I., Reymond Gonzalez V.; López Rodríguez V. Información básica sobre la atención integral a personas con VIH. Ed Lazo Adentro, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida. La Habana. Cuba. 2011. ISSN: 978-959-283-070-7.
36. Yaya I., Landoh D E., Saka B., Patchali P M., Wasswa P., Aboubakari A., et al: Predictors of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV and AIDS at the regional hospital of Sokodé, Togo. BMC Public Health [en internet] 2014, [citado 2015-01-16]; 14:1308. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-1308.pdf>.
37. Silva, A.C.; Reis, R K.; Nogueira, J A. y Gir, E. Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. Rev. LatinoAm. Enfermagem [en internet]. 2014, vol.22, n.6 [citado 2015-01-17], pp. 994- 1000. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo>.
38. Hernández Requejo, D.; y Pérez Ávila, J. Causas de cambio de tratamiento en un grupo de pacientes VIH/SIDA cubanos. Cuba, Rev Cubana Invest Bioméd [en internet] 2010 [citado 2015 Ene 17], vol.29, n.2, pp. 223-230. ISSN 1561-3011.
39. Moya, Y.; Bernal, F.; Rojas, E. y Barthel, E. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes ambulatorios con tratamiento anti-retroviral. Rev. chil. infectol. 2012, vol.29.
40. Gallego C.; Marco A.; Da Silva A.; Varoucha C.; Argüelles MJ. ; Monfort A. et al. Causas de abandono del tratamiento antirretroviral (TARV) y eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de la adherencia.españa, Rev Esp Sanid Penit [en internet]. 2004 [citado 2014-09-13]; 6: 2-7 7. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/253/556>
41. Collazo Herrera, M M.; Tápanes Peraza R. ; Sánchez Valdés L.; Martínez González A.; Castro Peraza O. Impactos económicos y en salud del tratamiento antirretroviral del VIH/SIDA con medicamentos genéricos nacionales en Cuba 2001- 2010. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012.

42. Álvarez Payero M, Martínez López de Castro N, Ucha Samartín M, Martín Vila A, Vázquez López C, Piñeiro Corrales G. Medication non-adherence as a cause of hospital admissions. Farm Hosp, España, scielo, 2014 Ago; 38(4): 328-333.
43. Hoja informativa 2016/ONUSIDA.
44. Medicamentos autorizados por la FDA/hojas informativas/Materiales educativos/Info. SIDA. Septiembre 2015
45. Cecilia Sepúlveda, Alejandro. SIDA, cuarta edc, Afán, México 2015.
46. Global Summary of the HIV/AIDS Epidemic. ONUSIDA. December 2003. Informe de Casos Notificados SIDA junio. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA; MSPAS. Guatemala 2003.
47. Moster y cols 2008 y omot y ome 2008, antirretroviral terapia, europa, medbook. 2008.
48. Jarrin I, Hernandez-Novoa B, Alejos B, Riera M, Navarro G, Bernardino JI, et al. Persistence of novel first-line antiretroviral regimens in a cohort of HIV-positive subjects, European, CoRIS 2008-2010. Antivir Ther 2013; 18:161-70. (Guía SIDA, Guía Clínica 2015)
49. Manual educativo sobre el auto cuidado en personas con VIH 2015. Managua, Nicaragua 2015. Instituto politécnico nacional USAID/ PrevenSida.
50. Registro de asistencia de la clínica VIH-HEODRA. León , enero diciembre, 2016.
51. Directrices unificadas sobre el uso de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública, segunda edición. Ginebra: organización mundial de la salud; 2016.
52. En la vida rápida para acabar con el SIDA: Estrategia de ONUSIDA para 2016 – 2021. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 2016
53. Fauci D, Lane HC. Enfermedades por el virus de la inmunodeficiencia humana. In: principios de medicina interna. 17th ed, México; 2008.

54. Doherty, en Florenzano historia clinca del VIH, urugay, edt AIDS,2008, p.83. 2008
55. Piroth, Grappin, Forte, Peytavin y Buisson, la familia apoyo para el TAR, Peru EDT JAMA 2008.
56. ONU. Programa conjunto de las naciones unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, mayo 2008. Pag4.
57. .Antología de la familia de G. SMILKTEIN, Revista Colombiana de psiquiatría Vol.35 Bogotá 01-2009.
58. VIH/SIDA y bienestar familiar. Traducción realizada por el centro de Información de la ONU-Lima Mayo del 2010.
59. Lazo, R. 2008. Influencia de la familia en personas que viven con el VIH\SIDA, que pertenecen a SONVISIDA, MANAGUA, edt IPN/II J UNAN, 2008.
60. OPS. Adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica. Washington: OPS, Washington D, C, Estados Unidos, 2011.
61. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents, Recommendation for a public heath approach, republica dominicana , AIDS,2008.

# ANEXOS

# ANEXOS

## 1. INSTRUMENTO

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Ciencia Médicas

Carrera de Enfermería



Somos estudiantes del quinto año de licenciatura en enfermería, y estamos realizando un estudio investigativo acerca de los factores económicos y familiares relacionados al abandono de la terapia antirretroviral en pacientes con VIH, inscritos en el programa del HEODRA. Este instrumento contiene preguntas cerradas las cuales se responden marcando una "x" la información brindada por el encuestado será anónima y los datos solo serán utilizados para los fines de estudios.

Fecha: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de Ficha:

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

1. Masculino \_\_\_\_\_ 2. Femenino \_\_\_\_\_

Procedencia:

1. Urbano\_\_\_\_\_ 2. Rural\_\_\_\_\_

Estado civil:

1. Soltero\_\_\_\_ 2. Casado\_\_\_\_\_

Religión:

1. Católico\_\_\_\_\_

2. Evangélico\_\_\_\_\_

3. Otro\_\_\_\_\_

4. Ninguna\_\_\_\_\_

Nivel Académico:

1. Analfabeto\_\_\_\_\_

2. Primaria\_\_\_\_\_

3. Secundaria\_\_\_\_\_

4. Universidad\_\_\_\_\_

5. Otros\_\_\_\_\_

Ocupación:

1. Ama de casa\_\_\_\_\_

2. Comerciante\_\_\_\_\_

3. Área de salud\_\_\_\_\_

4. Conductor\_\_\_\_\_

5. Obrero\_\_\_\_

6. Agricultor\_\_\_\_\_

7. Oficina\_\_\_\_

8. Otro\_\_\_\_

**FACTORES ECONÓMICOS RELACIONADOS AL ABANDONO DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL**

**Preg #1**

Actualmente trabaja:

1. Si\_\_\_\_

2. No\_\_\_\_

**Preg #2**

Considera que su ingreso salarial se ajusta a las necesidades que la enfermedad requiere:

1. Muy de acuerdo \_\_\_\_\_

2. De acuerdo \_\_\_\_\_

3. Indeciso \_\_\_\_\_

4. En desacuerdo \_\_\_\_\_

5. Muy en desacuerdo \_\_\_\_\_

**Preg #3**

Que tan larga considera la distancia de su hogar hacia al hospital del 1 al 5:

1. Muy lejos\_\_\_\_\_

2. Lejos\_\_\_\_\_
3. Prudente\_\_\_\_\_
4. Cerca\_\_\_\_\_
5. Muy cerca\_\_\_\_\_

**Preg #4**

Necesita tomar transporte para llegar a la clínica, para la terapia antirretroviral:

1. Sí\_\_\_\_\_
2. No\_\_\_\_\_

**Preg #5**

Recibe apoyo económico de alguna institución o programa:

- 1.Si\_\_\_\_\_
2. No\_\_\_\_\_

**Preg #6**

Depende de usted económicamente, demás personas:

1. Sí\_\_\_\_\_
2. No\_\_\_\_\_

**Preg #7**

Considera usted que las condiciones en que vive, son adecuadas:

1. Muy de acuerdo \_\_\_\_\_
2. De acuerdo \_\_\_\_\_

3. Indeciso \_\_\_\_\_
4. En desacuerdo \_\_\_\_\_
5. Muy en desacuerdo \_\_\_\_\_

**Preg #8**

Que tanto influye la economía en el cumplimiento de la terapia antirretroviral:

1. Mucho \_\_\_\_\_
2. Poco \_\_\_\_\_
3. Nada \_\_\_\_\_

**FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS AL ABANDONO DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL**

**Preg #1**

A causa de su enfermedad, se le han presentado problemas familiares:

1. Si \_\_\_\_
2. No \_\_\_\_

**Preg #2**

Cree usted que la comunicación con su familia ha sido un problema después del diagnóstico:

1. Muy de acuerdo \_\_\_\_\_
2. De acuerdo \_\_\_\_\_
3. Indeciso \_\_\_\_\_

4. En desacuerdo \_\_\_\_\_

5. Muy en desacuerdo \_\_\_\_\_

**Preg #3**

Recibe apoyo familiar para que continúe con la terapia antirretroviral:

1. Si \_\_\_\_\_

2. No \_\_\_\_\_

**Preg #4**

Su pareja la ha abandonado después del diagnóstico:

1. Sí \_\_\_\_\_

2. No \_\_\_\_\_

**Preg #5**

¿Su familia acepta el diagnóstico?

1. Si \_\_\_\_\_

2. No \_\_\_\_\_

**Preg #6**

Lo acompaña un familiar a recibir la terapia:

1. Sí \_\_\_\_\_

2. No \_\_\_\_\_

**Preg #7**

Que tan útil se siente entre la familia:

1. Muy Aceptable\_\_\_\_\_

2. Aceptable\_\_\_\_\_

3. Poco Aceptable\_\_\_\_\_

4. No útil\_\_\_\_\_

**Preg #8**

Considera que su familia es una fuente de apoyo para el cumplimiento del tratamiento

1. Sí\_\_\_\_

2. No\_\_\_\_

## **2. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: Agosto del 2017

A través del presente nos dirigimos a usted para hacerle de su conocimiento que somos estudiantes de la UNAN – León de la carrera de enfermería 5<sup>to</sup>. año, donde debemos presentar un estudio investigativo el cual constara de una encuesta con preguntas cerradas; el que decidimos realizar en la clínica de VIH del HEODRA, por lo que solicitamos su apreciada colaboración para realizar dicho estudio. Cabe realizar que la información obtenida no será publicada y solo hará para uso investigativo. Se aplicaran los principios éticos para protección y seguridad de usted mismo.

Sin más a que referirnos, nos despedimos de usted agradeciéndole su atención.

Atte:

Bra. María Lizaél Oviedo Sandoval.

Bra. Elvira Lucia Ríos Sarria.

Acepta

Si\_\_\_

No\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_

### **3. CARTA DE PERMISO**

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

Equipo Multidisciplinario.

Clínica de VIH – HEODRA

León.

Somos estudiantes del **V<sup>to</sup>** año de la licenciatura de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de León. Reciba de nuestra parte un cordial y fraternal saludo, estamos realizando un estudio acerca de factores económicos y familiares relacionados al abandono de la terapia antirretroviral en pacientes con VIH, inscritos en el programa del HEODRA, segundo trimestre del 2017. Con esto se pretende conocer el por qué los pacientes están abandonando la terapia.

A través de la presente le solicitamos a usted y a la institución, la oportunidad de trabajar con los pacientes antes mencionados, en las entrevistas que formularemos, las preguntas pretenden recopilar información acerca de los factores económicos y familiares relacionadas al abandono de la terapia antirretroviral.

Agradeciendo de antemano la atención prestada, su comprensión, colaboración y esperando una respuesta positiva de su parte.

Atte.: Br. Elvira Lucia Ríos Sarria

Br. María Lizael Oviedo Sandoval

Estudiantes de **V<sup>to</sup>** año de la carrera Licenciatura en ciencias de enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León.

---

Lic. Lester Fidel García Guzmán. Msc  
Profesor de Investigación

---

Equipo Multidisciplinario  
Dr. José Saravia Rizo



### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	10-04-17	13-04-17	24-05-17	01-05-17	09-05-17	22-05-17	05-06-17	12-06-17	15-08-17	13-09-17	04-10-17	10-11-17
	11-04-17	17-04-17	27-05-17	08-05-17	19-05-17	25-05-17	08-06-17	13-06-17	26-08-17	27-09-17	20-10-17	
Planteamiento del tema	X											
Formulación del Problema y Objetivos		X										
Elaboración de Introducción y Antecedentes			X									
Elaboración de Justificación				X								
Elaboración de Diseño Metodológico					X							
Elaboración de Marco Teórico						X						
Formulación de Hipótesis							X					
Operacionalización de Variables							X					
Entrega de Protocolo								X				
Elaboración de resultados									X			
Elaboración de Discusiones										X		
Elaboración de recomendaciones											X	
Entrega del informe final												X

Msc. Leovad del Carmen Tercero(Tutor)