

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA”
AGOSTO 2016- MARZO 2017.**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
CIUDAD HOSPITALARIA "DR ENRIQUE TEJERA"
AGOSTO 2016- MARZO 2017.**

Autor: Francis. M. Orozco. A

Valencia, Octubre 2017



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
CIUDAD HOSPITALARIA "DR ENRIQUE TEJERA"
AGOSTO 2016- MARZO 2017.**

**Autor: Francis. M. Orozco. A
Tutor: Dra. Derika López**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO QUE SE PRESENTA COMO
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
INTERNA**

Valencia, Octubre 2017

Universidad de Carabobo



Valencia – Venezuela

Facultad de Ciencias de la Salud



Dirección de Asuntos Estudiantiles
Sede Carabobo

ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA CIUDAD HOSPITALARIA «DR. ENRIQUE TEJERA» AGOSTO 2016 – MARZO 2017

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

OROZCO A., FRANCIS M.
C.I. V – 19779408

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Derika López C.I. 11813922, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

Acta que se expide en valencia, en fecha: **20/10/2017**

Prof. Derika López (Pdte)

C.I. 11813922

Fecha 20/10/17

Prof. Ana M. Chacín

C.I. 4031255

Fecha 20/10/2017

TG: 37-17



Prof. Yelitza Castillo

C.I. 2128263

Fecha

20/10/17

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Introducción.....	1
Objetivos.....	7
Metodología.....	8
Resultados.....	11
Discusión.....	13
Conclusiones.....	15
Recomendaciones.....	16
Referencias Bibliográficas.....	17
Anexos.....	19

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Distribución de casos de pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) según la edad y el sexo.

Cuadro 2: Comparación de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana con o sin adherencia terapéutica según el número de linfocitos TCD4+ y tiempo de evolución de la enfermedad.

Cuadro 3: Distribución de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana con y sin adherencia terapéutica según grupos de edad, sexo y nivel socioeconómico.

Cuadro 4: Distribución de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana con y sin adherencia terapéutica según conocimiento del tratamiento antirretroviral y el uso de polimedicación.

Cuadro 5: Comparación de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana con y sin adherencia terapéutica según el promedio de los puntajes en los test de Hamilton de depresión y ansiedad.

Cuadro 6: Distribución de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana con y sin adherencia terapéutica según el resultado de los test de Hamilton de depresión y ansiedad.

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA”
AGOSTO 2016- MARZO 2017.**

Autora: Francis Orozco
Año: 2017

RESUMEN

La adherencia terapéutica consiste en una serie de comportamientos que realiza el paciente en su vida diaria, los cuales coinciden y son coherentes con los acuerdos entre el médico y el paciente. **Objetivo:** Analizar la adherencia terapéutica en pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, que se encontraban ingresados en el área de emergencia y hospitalización del Servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el periodo comprendido entre Agosto 2016- Marzo 2017. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo y correlacional, transversal y de campo, donde se evaluó la adherencia terapéutica y niveles de ansiedad y depresión mediante test de Hamilton en 42 pacientes. **Resultados:** 86,7% pertenecían al sexo masculino y la edad predominante fue de 20 a 29 años. 85,7% de la población no presento adherencia terapéutica. Los pacientes presentaron un promedio de evolución de la enfermedad de 3 a 7,5 años. El 50% de los pacientes con adherencia tuvieron un conocimiento alto del tratamiento antirretroviral, siendo mayor que el 8,3% de los sujetos sin adherencia. El promedio del puntaje del test de depresión de Hamilton fue significativamente mayor en los pacientes sin adherencia y en cuanto al test de depresión no existieron diferencias estadísticamente significativas. **Conclusiones:** Hubo predominio del sexo masculino con edad promedio de 34,7 años. La mayoría de los pacientes no tuvo adherencia al tratamiento y ha menor tiempo de evolución de la enfermedad y bajo conocimiento del tratamiento se encontraban con depresión severa y ansiedad variable.

PALABRAS CLAVE: Adherencia terapéutica, Virus de inmunodeficiencia Humana, Test de depresión y ansiedad de Hamilton.

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS
DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.
CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA”
AGOSTO 2016- MARZO 2017.**

Autora: Francis Orozco
Año: 2017

ABSTRACT

Therapeutic adherence consists of a series of behaviors performed by the patient in their daily lives, which coincide and are consistent with the agreements between the physician and the patient. **Objective:** To analyze the therapeutic adherence in patients with Human Immunodeficiency Virus infection, who are hospitalized in the emergency area and hospitalization of the Internal Medicine Service of the Hospital "Dr. Enrique Tejera, "during the period from August 2016 to March 2017. **Methodology:** Descriptive and correlational study, transversal and field design, where therapeutic adherence and levels of anxiety and depression were assessed by Hamilton test in 42 patients. **Results:** 86.7% were male and the predominant age was 20 to 29 years. 85.7% of the population did not present therapeutic adherence. The patients presented an average evolution of the disease from 3 to 7.5 years. 50% of patients with adherence had a high knowledge of antiretroviral treatment, being greater than 8.3% of subjects without adherence. The mean score for the Hamilton depression test was significantly higher in patients without adherence and in the depression test there were no statistically significant differences. **Conclusions:** There was a predominance of males with a mean age of 34.7 years. Most of the patients had no adherence to the treatment and had a shorter time of disease evolution and under the knowledge of the treatment they were with severe depression and variable anxiety.

KEYWORDS: Therapeutic Adherence, Human Immunodeficiency Virus, Hamilton Depression and Anxiety Test.

INTRODUCCIÓN

La adherencia al tratamiento constituye actualmente una de las principales preocupaciones en relación al control del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), asociándose fuertemente al éxito o fracaso terapéutico. La evidencia sobre la relación entre la adherencia al tratamiento y diversos factores que podrían ser facilitadores u obstáculos es amplia, pero en ocasiones poco concluyente.¹ El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en su último reporte en el año 2016, refiere que 76.1 millones de personas contrajeron la infección desde el comienzo de la epidemia a nivel mundial. Para ese año, vivían con el VIH 36.7 millones de personas en todo el mundo, 1.8 millones fueron los infectados, 1 millón falleció por causas relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y 19.5 millones tenían acceso a la terapia Antirretroviral, evidenciando un ascenso en comparación con 17.5 millones en 2015.²

En Venezuela se estimó, que 120.000 personas viven con el VIH, con prevalencia en adultos de entre 15 y 49 años. Se calculó 2500 niños con edad comprendida entre 0 a 14 años, 21.000 huérfanos de 0 a 17 años y fallecieron 2500 personas.³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001, llega a la conclusión que definir la adherencia terapéutica como el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas, era un punto de partida útil; sin embargo, se pensó que el término “médico” era insuficiente para describir la variedad de intervenciones empleadas para tratar las enfermedades crónicas. No obstante, en el año 2004 plantea que, la adherencia al

tratamiento 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.⁴

Adicionalmente la OMS en su proyecto sobre adherencia hace referencia a un conjunto de 5 factores, que están relacionados con la adherencia al tratamiento los cuales son: factores sociales y económicos, relacionados con el equipo o sistema de asistencia sanitaria, con las características de la enfermedad, los relacionados con la terapia y con el paciente.⁵ Por lo que la adherencia al tratamiento es el resultado de múltiples factores que deben ser objeto de estudio. Es de este modo que nace el incentivo de realizar el presente trabajo en busca de los factores que influyen en la adherencia terapéutica en pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana que se encontraban ingresados en el área de emergencia y hospitalización del Servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el período comprendido entre Agosto 2016- Marzo 2017.

Dentro de los antecedentes de mayor relevancia relacionados con la problemática estudiada, se encuentra el realizado por Remor E, en el año 2002, cuyo estudio se basa en la valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+, donde se evaluaron 92 sujetos VIH+ adultos bajo tratamiento antirretroviral. Los resultados indican que solamente un tercio de los sujetos cumplieron los criterios de adhesión estricta. El grado de adhesión presentó una asociación significativa con la carga viral (línea base y a los 6 meses de seguimiento). Las variables psicosociales ansiedad, depresión, apoyo social y estrés mostraron relación con el grado de cumplimiento de los pacientes, y aquellos pacientes con un menor tiempo de infección por VIH mostraron mayor grado de cumplimiento.⁶

En el año 2008, Herrera C y colaboradores, publicaron un estudio basado en la relación entre médicos y pacientes con HIV y la influencia en el apego terapéutico y calidad de vida, donde fueron entrevistadas 40 personas en edades comprendidas entre 26 y 45 años, viviendo con VIH/Sida y cinco líderes de grupos de autoapoyo, los cuales respondieron un cuestionario sociodemográfico y entrevistas en profundidad sobre la experiencia de vivir con VIH/sida, incluyendo los tratamientos, la percepción de la enfermedad, la calidad de vida, la salud física y emocional y la relación con los médicos. De manera general como conclusión reportaron problemas de información; falta de capacitación y paternalismo por parte de los médicos, y estigma social de las personas viviendo con VIH/Sida asociado a la epidemia.⁷

Por su parte, Rodríguez T, Irazu M y colaboradores, en el año 2008, realizan un estudio cuyo objetivo era conocer el grado de adherencia de los pacientes VIH de nuestro medio y relacionar el incumplimiento del tratamiento con la sobrecarga en el número de comprimidos, siendo estudiados 162 pacientes, de los cuales la adherencia mediante entrevista fue del 63,6 % (98 pacientes), y si se determinaba mediante recogida de medicación del 41,4 % (67 pacientes). No experimentaron cambio de tratamiento 68 pacientes, mientras que 94 pacientes sí lo hicieron, 47 pacientes tuvieron aumento en el número de comprimidos, 36 presentaron disminución y 11 mantuvieron el número de tomas diarias aun con el cambio de tratamiento.⁸

Seguidamente en el año 2011, Lugo y colaboradores publican un estudio titulado respuesta a la terapia antirretroviral altamente activa en pacientes de 50 años de edad o más viviendo con infección con VIH/SIDA. Se incluyeron 311 pacientes donde no se encontró diferencias significativas en la respuesta inmunológica ni virológica a la terapia antirretroviral altamente activa a los 6 y 12 meses entre los grupos, en adultos mayores, el incremento de valores promedio de linfocitos T CD4+ pos-terapia antirretroviral altamente activa fue significativo, comparando niveles basales

y a los 12 meses; en los jóvenes dicha significancia se alcanzó a los 6 meses. Más del 85 % de los pacientes tuvieron carga viral indetectable por 12 meses.⁹

Para el año 2011, Orozco F y colaboradores realizan un estudio para determinar los factores que favorecen la adherencia terapéutica de pacientes con VIH atendidos en la consulta del servicio de Infectología de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, cuya población fue de un número de 115 pacientes a los cuales se les evaluó mediante una encuesta, concluyendo que favorece una eficaz adherencia terapéutica una clase socioeconómica alta o media, asistencia a interconsultas con psiquiatría y un nivel de conocimiento adecuado acerca del tratamiento.¹⁰

Posteriormente en el año 2015, Solórzano realiza un estudio cuyo objetivo era determinar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con hipertensión arterial, para lo cual fueron estudiados 110 pacientes atendidos en la consulta y área de hospitalización del servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera, donde el 60% de los pacientes eran mujeres, la edad promedio 61 ± 13 años, la adherencia al tratamiento fue de 35% y el control de la presión arterial fue de 41%. El 72% indicó al olvido del tratamiento como la causa más frecuente de no adherencia.¹¹

La historia natural de la infección por el HIV consiste en una primo infección (fase precoz), asintomática en más de la mitad de los casos, seguida de un periodo de latencia clínica de varios años de duración en el que el virus sigue replicándose de forma activa y a gran velocidad (fase intermedia). La mayoría de los pacientes desarrolla luego infecciones oportunistas o neoplasias como consecuencia de una profunda inmunosupresión. A esta fase final se la denomina SIDA. Existen dos tipos de cepas del virus de inmunodeficiencia humana, el HIV-1 el cual tiene una importante variabilidad genética que, conjuntamente con su elevada cinética de replicación, hacen que sea un virus que se adapta muy fácilmente a

ambientes rápidamente cambiantes, y el HIV-2, endémico y capaz de producir un cuadro similar al del SIDA.¹²

La infección por HIV según la última revisión en el año 1993, presenta una clasificación cuyo objetivo principal es reflejar la importancia clínica de la cifra de linfocitos CD4+, con independencia de que existan manifestaciones clínicas. Es así como los pacientes pertenecientes a la categoría A son aquellos pacientes asintomáticos con adenopatías generalizadas persistentes o sin ella. La categoría B aquellos que presenten o hayan presentado síntomas debidos a enfermedades no pertenecientes a la categoría C pero relacionadas con la infección por HIV, y la categoría C se aplica a pacientes que presenten o hayan presentado infecciones oportunistas. Posteriormente se presenta una clasificación en dependencia del número de TCD4, aquellos con linfocitos superiores a 500/ μ L pertenecen al grupo 1, de 200-500/ μ L al grupo 2 y menos de 200/ μ L al grupo 3.¹²

El tratamiento médico de cualquier paciente con VIH suele comprender en un principio, de dos partes fundamentales, la primera son los fármacos destinados a defender el sistema inmune del VIH, denominados antirretrovirales, y por otro lado los fármacos necesarios para el tratamiento de cualquiera de las enfermedades oportunistas que puedan afectar al paciente. Existen diversos métodos, directos o indirectos que pueden evaluar la adherencia al tratamiento, las pruebas de laboratorio representan un método directo y son aceptadas como los mejores indicadores de la competencia inmunitaria del paciente y usadas para determinar la eficacia del régimen terapéutico, con el recuento de linfocitos TCD4+, se considera el inicio del tratamiento o el cambio del mismo en pacientes con un valor menor de 350.000 céls/mL (obtenidos en dos tomas diferentes).¹³

Otro valor de laboratorio usado para evaluar la evolución de la enfermedad y la eficacia del tratamiento es la determinación del Acido Ribonucleico (RNA) del VIH (bDNA), donde en la mayor parte de los casos de tratamiento eficaz, ésta cifra será menor de 50 copias/mL de plasma.

Ambas determinaciones (TCD4 y RNA) deben ser vigiladas cada tres a seis meses para evaluar la respuesta del virus al tratamiento.¹³

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) se basa en la combinación de diferentes fármacos antirretrovirales, constituidos por 3 combinaciones que incluyen como mínimo dos fármacos de familias diferentes, siendo la estrategia más frecuente y con la que se tiene una mayor experiencia la combinación de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos, más un inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir, o un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleósidos, de este modo, lo que hacen es bloquear la actividad de las enzimas del VIH interponiéndose entre ellas y las partes de la célula infectada sobre las que actúan. Por lo que, estas enzimas no pueden cumplir con su función y el proceso de replicación del VIH se ralentiza, reduciendo la actividad del virus, incrementando el número de TCD4.^{12, 14}

La respuesta al tratamiento básicamente se controla midiendo la carga viral en plasma. En los pacientes no tratados previamente que reciben terapia triple, a las 4 semanas se espera que la carga viral haya disminuido como mínimo 1 log₁₀. A los 3-4 meses la carga viral debe ser menor de 200-500 copias/mL y a los 4-6 meses debe ser inferior a 20-50 copias/mL. Si transcurrido este tiempo la viremia es detectable o si tras ser indetectable rebota y se mantiene por encima de las 200-500 copias/mL hay que considerarlo como un fracaso virológico y plantearse un cambio de tratamiento atendiendo al estudio de resistencia. Una carga viral menor de 20-50 copias/mL asegura que la respuesta terapéutica será duradera mientras se mantenga una buena adherencia al tratamiento.¹²

Por lo antes planteado, surge la siguiente interrogante: ¿Cómo es la adherencia terapéutica en pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, que se encontraban ingresados en el área de emergencia y hospitalización del Servicio de Medicina Interna de la Ciudad

Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el periodo comprendido entre Agosto 2016- Marzo 2017?

Objetivo General

Analizar la adherencia terapéutica en pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, que se encontraban ingresados en el área de emergencia y hospitalización del Servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el periodo comprendido entre Agosto 2016- Marzo 2017.

Objetivos Específicos

- Conocer el porcentaje de adherencia terapéutica mediante el número de linfocitos TCD4+
- Relacionar el grado de adherencia terapéutica según grupo etario, sexo y estrato socioeconómico según escala Graffar-Méndez-Castellano.
- Relacionar el porcentaje de adherencia terapéutica con el tiempo de evolución de la enfermedad.
- Conocer el grado de adherencia terapéutica en cuanto al conocimiento del tratamiento antirretroviral.
- Determinar el porcentaje de adherencia terapéutica con la polimedicación.
- Determinar los niveles de ansiedad y depresión que intervienen en la adherencia terapéutica de los pacientes, mediante el Test Hamilton.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva-correlacional, de corte transversal, consistente en el establecimiento de un análisis para determinar los factores que favorecen la adherencia terapéutica en pacientes con infección por VIH de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Se hizo un trabajo de campo, directamente con las fuentes primarias, comprendidas por la población en estudio, conformada por los pacientes que se encontraban ingresados en el área de emergencia y hospitalización del Servicio de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, durante el periodo comprendido entre Agosto 2016- Marzo 2017.

Se tomó una muestra no probabilística, intencional, integrada por 42 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH/SIDA, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: pacientes con laboratorio control de linfocitos TCD4+ menor de 6 meses y previa autorización mediante el consentimiento informado (Anexo A), excluyéndose de la muestra a todos aquellos pacientes que no cuenten con control de TCD4+ durante su hospitalización, pacientes con alteración del estado de conciencia que no colaboraron con el interrogatorio y aquellos pacientes que no desearon participar en la investigación, negándose a responder la encuesta.

La técnica de estudio fue el interrogatorio oral e individual, utilizando para la recolección de datos, una encuesta anónima en forma de cuestionario estructurado (Anexo B) realizado por el autor en una investigación previa, siendo evaluado mediante pruebas pilotos, aplicado a pacientes que acudieron a la consulta de Infectología del mismo Centro Hospitalario. El instrumento consta de indicaciones para el llenado, datos generales del paciente donde se determinó la edad, sexo y ocupación, seguidamente se encontraban los ítems de los factores asociados con la

enfermedad como lo son, el tiempo de diagnóstico con VIH, número de medicamentos tomados al día y si cumple con la toma de los mismos.

Para evaluar el conocimiento del tratamiento referido por el paciente (horario del tratamiento, relación de la toma del medicamento con los alimentos, efectos secundarios, consecuencia de la toma incorrecta y abandono del tratamiento) se elaboraron cinco ítems de respuestas dicotómicas y de acuerdo al número de preguntas respondidas afirmativamente se consideró un nivel de conocimiento bajo: 1 punto, nivel de conocimiento medio: 2 a 3 puntos y nivel de conocimiento alto: 4 a 5 puntos.

Posteriormente se encuentra el espacio destinado a reflejar los resultados del último laboratorio control del paciente que reportan los niveles de linfocitos TCD4+, siendo estos valores de gran importancia ya que se considera al paciente con adherencia terapéutica objetivamente, aquel con cifras de linfocitos TCD4+ mayor a 350.000 cel./mm³, aquellos con valores de linfocitos TCD4+ menor a 350.000 cel./mm³ se consideraron no adherentes al tratamiento.

Para evaluar el estrato económico del paciente se utilizó el instrumento Graffar Méndez-Castellano (Anexo C), avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual consta de cuatro variables que estudian: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingreso y condiciones de alojamiento; cada una con un puntaje de cinco puntos siendo los de estrato socioeconómico alto aquellos con puntaje de 4 a 6 puntos, medio alto 7 a 9 puntos, medio bajo 10 a 12 puntos, estrato obrero 13 a 16 puntos y aquellos con puntaje de 17 a 20 puntos con estrato marginal.¹⁵

Seguidamente se evaluó el estado de ánimo del paciente, aplicando el test de depresión de Hamilton (Anexo D) avalada en el año 1960 por la Sociedad Psiquiátrica de Madrid, el cual consta de 17 ítems donde se evalúan humor depresivo, sentimiento de culpa, suicidio, insomnio precoz, intermedio y tardío, trabajo y actividades, inhibición psicomotora, agitación

psicomotora, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales y generales, síntomas genitales, hipocondría, pérdida de peso e introspección, cada uno con un puntaje que varía entre 0 - 4 y 0 - 2, cuya interpretación es la siguiente: 0 al 7 puntos no deprimido, de 8 a 13 depresión menor, 14 a 18 depresión moderada, 19 al 22 depresión severa y más de 23 depresión muy severa.

De igual forma, se aplicó a cada paciente el Test de Ansiedad de Hamilton (Anexo E), el cual consta de 14 ítems, cada uno con un valor que va de 0 a 4 puntos con una sumatoria total de 56 puntos, interpretándolo de la siguiente manera: de 0 a 5 puntos no presenta ansiedad, de 6 a 14 puntos ansiedad menor y más de 15 puntos ansiedad mayor.

Los datos se procesaron con el paquete estadístico PAST versión 3.11 para ambiente Windows. La información se presenta en cuadros comparativos de distribución de frecuencias absolutas y relativas así como de asociación. Se corroboró el ajuste de las variables cuantitativas a la distribución normal con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, describiéndose con la media y desviación estándar la edad y los puntajes en el test de Hamilton para ansiedad y depresión, en vista que se ajustaron a la normal y con la mediana y los percentiles 25 y 75 el número de linfocitos TCD4 y el tiempo de evolución de la enfermedad, porque no se ajustaron a la normalidad. Para buscar la asociación entre las variables cualitativas se utilizó el test de Chi cuadrado (χ^2). Se compararon las medianas de linfocitos entre los pacientes con y sin adherencia terapéutica mediante la prueba no paramétrica de Mann-Whitney y las medias de los puntajes en el test de Hamilton para ansiedad y depresión con la t de Student para muestras independientes. Para todos los test efectuados se asumió un nivel de significación estadística de $P < 0,05$.

RESULTADOS

Se estudió una muestra de 42 pacientes con infección por VIH, de los cuales 85,7% (36) eran varones y 14,3% (6) eran mujeres, con predominio estadísticamente significativo del sexo masculino ($Z = 6,33$; $P = 0,00$). El grupo de edad predominante fue el de 20 a 29 años (16 de 42, 38,1%), teniendo la edad un promedio de 34,71 años, desviación estándar de 11,07 años, valor mínimo 15 años y máximo de 62 años. No existió asociación estadísticamente significativa entre los grupos de edad y el sexo (Cuadro 1: $\chi^2 = 2,43$; 5 grados de libertad; $P = 0,78$).

Solo 14,3% de los pacientes estudiados refirió adherencia terapéutica, con predominio estadísticamente significativo del 85,7% de los pacientes que no tuvieron adherencia al tratamiento ($Z = 6,33$; $P = 0,00$). La mediana de los linfocitos TCD4 de los pacientes con adherencia terapéutica (682,5 cel/mm³) fue significativamente mayor que la de los pacientes sin adherencia terapéutica (90 cel/mm³), con diferencias estadísticamente significativas (MW: $P = 0,00$). La mediana de los años de duración de la enfermedad de los pacientes con adherencia terapéutica (7,5 años) fue significativamente mayor que la de los pacientes sin adherencia terapéutica (3 años), con diferencias estadísticamente significativas (MW: $P = 0,01$) (Cuadro 2).

Entre los seis pacientes con adherencia terapéutica el grupo de edad más frecuente fue el de 30 a 39 años (50%), el 100% de ellos era del sexo masculino y el 50% era de estrato socioeconómico IV. De los treinta y seis pacientes sin adherencia al tratamiento, el 44,4% pertenecía al grupo de 20 a 29 años, 83,3% era del sexo masculino y 61,1% pertenecía al estrato social IV (Cuadro 3).

El 50% de los pacientes con adherencia terapéutica tuvieron un conocimiento alto del tratamiento antirretroviral, siendo este porcentaje

significativamente mayor que el 8,3% de los sujetos sin adherencia terapéutica y conocimiento alto respecto a su tratamiento. En cuanto a la polimedicación el 83,3% de los pacientes con y sin adherencia no estuvieron polimedcados. (Cuadro 4: $Z = 2,07$; $P = 0,01$).

El promedio del puntaje en el test de Hamilton de depresión fue significativamente mayor entre los pacientes sin adherencia terapéutica (16,5 puntos \pm 4,87) en comparación con quienes no tenían dicha adherencia (9,5 puntos \pm 4,93), siendo las diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 5: $T = 3,25$; $P = 0,002$). Respecto al resultado del test de Hamilton de ansiedad no existieron diferencias estadísticamente significativas entre el promedio de los pacientes sin adherencia terapéutica (8,78 puntos \pm 6,71) en comparación con quienes no presentaban dicha adherencia (5,67 puntos \pm 3,67), siendo $T = 1,1$; $P = 0,27$).

Entre los pacientes sin adherencia terapéutica 19,4% tenía depresión severa, 16,7% tenía depresión muy severa y 13,9% tenía ansiedad mayor. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre las prevalencias de los diferentes niveles de ansiedad y depresión diagnosticados con los test de Hamilton entre los grupos con y sin adherencia terapéutica (Cuadro 6).

DISCUSIÓN

Al hacer la contraposición de los resultados obtenidos con los objetivos planteados para la investigación, y al apoyarse en la fundamentación teórica recopilada más la revisión de los estudios recientes frente al problema, se permite abrir una discusión y establecer conclusiones enriquecedoras y relevantes en torno a la adherencia al tratamiento, que contribuyan a nuevas perspectivas de conocimiento frente al tema.

En primera instancia, se pudo determinar que de la totalidad de la muestra estudiada, menos del 20% tuvo adherencia terapéutica con una media de linfocitos TCD4 de 682 cel./mm³ y pertenecientes a un estatus socioeconómico Graffar IV, datos que difieren a los descritos por Orozco F y cols¹⁰, en el año 2011, realizados en el mismo Centro Hospitalario, donde se evidenció que más del 40% de la población en estudio se encontraba adherido al tratamiento y con estatus socioeconómico Graffar V.

Así mismo se demostró que el sexo predominante, con y sin adherencia terapéutica fue el sexo masculino, con una edad correspondiente a la tercera década, hallazgos concordantes con Franco Montufar Andrade y cols¹⁶, en el año 2016, donde la mayoría eran hombres, difiriendo que la edad predominante pertenecía a la cuarta década.

Con respecto a la asociación entre tiempo de diagnóstico, estado de ánimo y la adherencia terapéutica, los resultados demuestran que, en pacientes sin adherencia, el promedio de años de evolución de la enfermedad fue menor, predominando un estado de depresión moderada, datos que corresponden con el estudio de Piña J, y cols.¹⁷ donde se concluye que a menor tiempo de diagnóstico de VIH presentaban mayor sintomatología depresiva, por lo que propone que existe una relación crítica entre el tiempo de diagnóstico y el comportamiento del paciente con respecto a la adherencia.

En diversos estudios se ha demostrado que la complejidad del tratamiento está asociada a la falta de adherencia, estableciéndose que la adherencia disminuye cuando aumenta el número de pastillas al día; sin embargo, es de hacer notar que los pacientes de este estudio no se encontraban polimedicados, similar a los resultados evidenciados por Alvis, O y cols¹⁸, en el año 2009.

En cuanto al conocimiento del tratamiento se observó que los pacientes sin adherencia tenían un nivel de conocimiento bajo, lo que se correlaciona con el estudio expuesto por Orozco F y cols, quienes indican que el conocimiento referido por los pacientes se asocia significativamente a la adherencia terapéutica.

CONCLUSIONES

- Más del 80% de los pacientes, no presentaron adherencia al tratamiento.
- El grupo etario predominante en ambos grupos fue, el adulto joven.
- El sexo con mayor prevalencia fue el masculino.
- La mayoría de los pacientes pertenecían a un estatus socioeconómico Graffar IV.
- Los pacientes sin adherencia terapéutica tuvieron un menor tiempo de evolución de la enfermedad.
- Los pacientes con adherencia al tratamiento presentaron alto nivel de conocimiento del tratamiento, mientras que en los no adheridos fue bajo.
- La polimedicación no es un factor que se asocia de manera significativa a la adherencia terapéutica.
- Los pacientes sin adherencia terapéutica se encontraban con un grado de depresión moderada y un nivel de ansiedad menor, mientras que en los adheridos no se encontró diferencias estadísticamente significativas.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer las campañas de prevención primaria, en pacientes con infección por VIH, sobre todo en nuestro Centro Hospitalario, a fin de ampliar el conocimiento acerca de su enfermedad y dar inicio a la brevedad posible del TARGA.
- Realizar charlas, seminarios, congresos, etc. sobre la importancia que tiene la adherencia terapéutica y sus consecuencias ante el abandono del tratamiento, haciendo énfasis en los pacientes jóvenes y con nivel socioeconómico bajo.
- Mejorar los programas que garantizan el seguimiento del paciente con HIV y asegurarle la realización periódica del inmunofenotipaje y carga viral.
- Tomar en cuenta el nivel de conocimiento acerca del tratamiento que recibe el paciente, siendo el medico el que suministre la información detallada y autentica, a su vez, que la toma de decisiones sea de forma conjunta en un marco de confianza entre el médico y el paciente.
- Manejar al paciente de forma multidisciplinaria, con una asistencia psicológica, psiquiátrica y nutricional de forma periódica, de manera conjunta con el grupo familiar, a fin de mejorar el ámbito social y estado de ánimo del paciente.
- Planear y ejecutar estudios de investigación enfocados en la adherencia terapéutica en otros centros hospitalarios.
- Dar continuidad a la presente investigación donde puedan asociarse otras variables como carga viral, orientación sexual, diagnósticos, entre otras, así como, aplicarlas en otras patologías médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valera M, Salazar I, Correa D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología* 2008; 11(2): 101-13. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v11n2/v11n2a10.pdf>
2. Organización de las Naciones Unidas SIDA. Informe sobre la epidemia Mundial del SIDA. [Actualizado 2016]. Disponible en: www.unaids.org.
3. Organización de las Naciones Unidas SIDA. Informe sobre la epidemia Nacional del SIDA. [Actualizado 2016]. Disponible en: www.unaids.org.
4. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la Acción. Paho. 2004. Disponible en: www.paho.org
5. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: prueba para la acción. Ginebra. OMS. 2004.
6. Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema* 2002; 14(2): 262-7. Disponible en: [pdf/http://www.psicothema.com/718.pdf](http://www.psicothema.com/718.pdf)
7. Herrera C, Campero L, Caballero M, Kendall T. Relación entre médicos y pacientes con VIH: Influencia en apego terapéutico y calidad de vida. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(2): 249-55.
8. Rodríguez G, Iranzu M, Berrocal M, Gómez M. Adherencia al tratamiento antirretroviral: Repercusión del número de toma diaria. *Revista Cubana de Farmacia* 2009; 43(1): 0-0.
9. Lugo L, Miquilareno M, Figueredo A, Silva M, Rodríguez A. Respuesta a la terapia antirretroviral altamente activa en pacientes de 50 años de edad o más viviendo con infección VIH/SIDA. *Gac Méd Caracas* 2012; 120(4): 292-301.
10. Ortuño M, Oropeza N, Aparicio E, Orozco F. Determinación de los factores que favorecen la adherencia terapéutica de paciente con VIH atendidos en la consulta externa del Servicio de Infectología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" para el primer trimestre del año 2011. *Avances en Ciencias de la Salud* 2012; 1(2): 32-9.
11. Solórzano M. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Hipertensión Arterial, Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera".

- Enero-Mayo 2015. Tesis de postgrado. Universidad de Carabobo. Disponible en: <http://riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/2506/1/msolorzano.pdf>
12. Farreras V, Rozman C. Medicina Interna. Vol. II. 17° edición. Barcelona- España. Elsevier. 2005.
 13. Braunwald E, Fauci S, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Principios de medicina Interna. Vol. 1. 16° edición. New York. McGraw Hill Interamericana. 2005.
 14. Janssen-Cilag. S.A. Todo lo que necesitas saber sobre el VIH y el SIDA. [Actualizado 2016]. España 2006-2016. Disponible en: www.infosida.es.
 15. Méndez H, Méndez M. Sociedad y estratificación: Método Graffar-Mendez Castellano. Caracas. Fundacredesa. 2001.
 16. Montúfar Andrade F, Quiroga A, Builes C, Saldarriaga C, Aguilar C, Mesa M y Zuleta Tobón J. Epidemiología de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad y enseñanza universitaria en Medellín, Colombia. *Revista Infectio*. 2016; 20(1):9---16.
 17. Piña J, Dávila M, Sánchez J, Cázares Ó, Togawa C, Corrales A. Efectos del tiempo de infección sobre predictores de adherencia en personas con VIH. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2009; 9(1).
 18. Alvis, Óscar et al. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *An. Fac. med.* 2009, vol.70, n.4 [citado 2017-05- 31], pp. 266-272 . Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?>

(ANEXO A)

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio hago constar que autorizo al investigador a incluirme en la investigación titulada: “Adherencia terapéutica en pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana que se encuentran ingresados en el área de emergencia y hospitalización de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el periodo comprendido entre Agosto 2016- Marzo 2017” y he sido previamente informado por el investigador acerca de la finalidad de dicho estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, conociendo los beneficios de mi información.

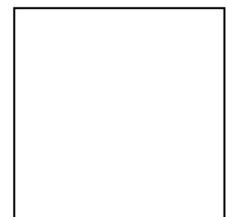
Por lo tanto acepto los procedimientos a aplicar, considerándolos inocuos para la salud y acepto los derechos de:

- * Conocer los resultados que se obtengan.
- * Respeto a mi integridad física y moral.
- * Retirarme en cualquier momento del estudio si tal es mi deseo.

Edad_____

CI:_____ (si así lo desea)

Firma:_____



Huella dactilar

(ANEXO B)

ENCUESTA

(Marque con una X en el espacio correspondiente, en caso de dudas pregunte al investigador)

N° de Encuesta	EDAD:	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	OCUPACIÓN
TIEMPO (años) CON DIAGNOSTICO DE VIH : < 1 año <input type="checkbox"/> > 1 año <input type="checkbox"/>			
NÚMERO DE MEDICAMENTOS AL DÍA: < 5 <input type="checkbox"/> > 5 <input type="checkbox"/>			
¿CUMPLE UD. CON LA TOMA DE TODOS LOS MEDICAMENTO AL DÍA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿CON RESPECTO A SU TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ACTUAL CONOCE UD.?			
			SÍ NO
A) HORARIO DE LA TOMA			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B) RELACIÓN DE LA TOMA DE LOS MEDICAMENTOS CON LAS COMIDAS			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C) EFECTOS SECUNADRIOS DE LOS MEDICAMENTOS			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D) CONSECUENCIAS DE LA TOMA INCORRECTA			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E) CONSECUENCIAS DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NIVEL: Bajo (1) - Medio (2-3) - Alto (4-5)			
RESULTADOS DEL ÚLTIMO LABORATORIO SOLICITADO POR EL MÉDICO			
----Este espacio será llenado por el investigador----			
LINFOCITOS TCD 4+ = cel x mm ³			

(ANEXO C)

INSTRUCCIONES:

N° de Encuesta:

A continuación se le presentan una serie de ítems para evaluar su estrato económico, marque con una X la variable el correspondiente a su nivel.

Categorías del Método Graffar-Méndez Castellano

VARIABLES	PUNTAJE	ÍTEMS
1. Profesión del jefe de familia.	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2. Nivel de instrucción de la madre.	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3. Fuente de ingreso (o Modalidad de ingreso)	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4. Condiciones de alojamiento.	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Fuente: Fundacredesa, Venezuela

Estrato	Total de Puntaje Obtenido
Estrato I	4,5,6
Estrato II	7,8,9
Estrato III	10,11,12
Estrato IV	13,14,15,16
Estrato V	17,18,19,20

Puntaje Final:

(ANEXO D)

Test de Depresión de Hamilton

		RESPUESTA	PUNTAJOS
1	Humor depresivo (tristeza, desesperación, autodesprecio)		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- expresado sólo tras búsqueda específica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- expresado verbal y espontáneamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- expresado con expresión y actitud propensas al llanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sentido de culpabilidad		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- se recrimina a sí mismo, tiene la impresión de haber causado daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- idea de culpa o de reflexión sobre errores pasados o acciones condenables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ideas delirantes de persecución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tendencia al suicidio		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- tiene la impresión de que no vale la pena vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- desea morir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ideas o actitudes suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Insomnio al principio de la noche		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dificultad esporádica para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dificultad constante para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- tentativa de suicidio (evaluar cada intento serio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Insomnio en plena noche		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sueño agitado y turbado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Insomnio matinal		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- despertar precoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Trabajo y actividad		
	- ninguna dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- pensamiento y sensación de incapacidad, astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- pérdida de interés en la actividad profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- disminución del tiempo de actividad o de la productividad (en hospital, puntuar 4 si no pasa al menos 3 horas en actividad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Lentitud (ideomotora y del lenguaje, dificultad para concentrarse)		
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ligera lentitud al contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- manifiesta lentitud al contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- contacto difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- estupor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESPUESTA	PUNTAJACION	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	9 Agitación - ausente - juega con las manos, con el pelo, etc. - se retuerce las manos, se come las uñas, se tira del pelo, se muerde los labios
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	10 Ansiedad psíquica - ausente - tensión subjetiva e irritabilidad - se preocupa por problemas menores - inquietud, que se aprecia en la expresión del rostro y en el habla - llanto sin motivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	11 Ansiedad somática (concomitante físico de la ansiedad) - ausente - discreta (gastrointestinal, sequedad de boca, trastornos digestivos) - media - grave (palpitaciones, cefalea) - incapacidad funcional (hiperventilación, micción frecuente, etc.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	12 Síntomas somáticos gastrointestinales - ausentes - pérdida del apetito. Sensación de pesadez abdominal - dificultad para alimentarse si no se le estimula
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	13 Síntomas somáticos generales - ausentes - pesadez en articulaciones, espalda o cabeza. Astenia, cefalea, mialgias - síntomas anteriores muy severos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	14 Síntomas genitales (pérdida de la libido, trastornos menstruales) - ausentes - leves - graves - no estudiados
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	15 Hipocondría - ausente - atención concentrada en el propio cuerpo - preocupación por la salud propia - lamentaciones frecuentes, petición de ayuda, etc. - ideas delirantes hipocondríacas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	16 Pérdida de peso (subjetiva) - ausente - probable pérdida de peso - pérdida de peso cierta Pérdida de peso (objetiva) - menos de 500 g por semana - más de 500 g por semana - más de 1 kg por semana
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	17 Toma de consciencia - reconoce que está deprimido y enfermo - reconoce que está enfermo pero lo atribuye a la comida, al clima, a un virus, al estrés, etc. - niega estar enfermo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	PUNTAJACION TOTAL

(ANEXO E)

Test de Ansiedad de Hamilton

			Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave	Puntuación
1	Ansiedad	Preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad						
2	Tensión	Sensación de tensión, cansancio, sobresaltos, propensión al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse						
3	Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones						
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, terrores nocturnos						
5	Intelecto	Dificultad para concentrarse, reducción de la memoria						
6	Humor depresivo	Pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alternancia diurna						
7	Síntomas somáticos (musculares)	Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular						
8	Síntomas somáticos (sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, sensación de perforación						
9	Síntomas somáticos cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, precordialgia, pulsaciones, sensación de desvanecimiento						
10	Síntomas respiratorios	Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, disnea						
11	Síntomas gastro-intestinales	Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náusea, vómito, borborismos, meteorismo, pérdida de peso, estipsis						
12	Síntomas gínito-uritarios	Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia						
13	Síntomas del SN autónomo	Sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea, piloerección						
14	Comportamiento del paciente durante el examen	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.						
PUNTUACION TOTAL								

Cuadro 1

Pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana distribuidos según edad y sexo.

		Sexo		Total	
		Masculino	Femenino		
Grupos de edad (años)	15 a 19	N	2	0	2
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	20 a 29	N	14	2	16
		%	87,5%	12,5%	100,0%
	30 a 39	N	10	2	12
		%	83,3%	16,7%	100,0%
	40 a 49	N	5	2	7
		%	71,4%	28,6%	100,0%
	50 a 59	N	3	0	3
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	60 a 62	N	2	0	2
		%	100,0%	0,0%	100,0%
Total	N	36	6	42	
	%	85,7%	14,3%	100,0%	

Fuente: Francis Orozco

$\chi^2 = 2,43$; 5 grados de libertad; P = 0,78

Cuadro 2

Comparación de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana con y sin adherencia terapéutica según el número de linfocitos TCD4 y tiempo de evolución de la enfermedad.

Variable	Sin Adherencia terapéutica (36 de 42; 85,7%)					Con Adherencia terapéutica (6 de 42; 14,3%)					P
	Md	Min	Max	P ₂₅	P ₇₅	Md	Min	Max	P ₂₅	P ₇₅	
Linfocitos TCD4 (cel/mm³)	90	5	416	36,5	211,25	682,5	602	810	612,5	747	0,00*
Evolución de la enfermedad (años)	3,0	1,0	16,0	1,0	4,0	7,5	2,0	14	3,5	11,75	0,01*

Fuente: Francis Orozco

*Prueba de Mann-Whitney: estadísticamente significativa.

Md: Mediana. P₂₅: Percentil 25. P₇₅: Percentil 75. Min: Mínimo. Max: Máximo.

Cuadro 3

Distribución de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana con y sin adherencia terapéutica según grupos de edad, sexo y nivel socioeconómico.

Grupos de edad (años)	Sin Adherencia terapéutica		Con Adherencia terapéutica	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19	2	5,6	0	0,0
20 a 29	16	44,4	0	0,0
30 a 39	9	25,0	3	50,0
40 a 49	6	16,7	1	16,7
50 a 59	2	5,6	1	16,7
60 a 62	1	2,8	1	16,7
Sexo				
Masculino	30	83,3	6	100,0
Femenino	6	16,7	0	0,0
Graffar				
Estrato III	8	22,2	2	33,3
Estrato IV	22	61,1	3	50,0
Estrato V	6	16,7	1	16,7
Total	36	100,0	6	100,0

Fuente: Francis Orozco

Cuadro 4

Distribución de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana con y sin adherencia terapéutica según conocimiento del tratamiento antirretroviral y el uso de polimedicación.

Conocimiento del tratamiento antirretroviral	Sin Adherencia terapéutica		Con Adherencia terapéutica		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Bajo (1 punto)	21	58,3	1	16,7	0,07
Medio (2-3 puntos)	12	33,3	2	33,3	0,32
Alto (4-5 puntos)	3	8,3	3	50,0	0,01*
Polimedicación					
No	30	83,3	5	83,3	0,27
Sí	6	16,7	1	16,7	0,27
Total	36	100,0	6	100,0	-

Fuente: Francis Orozco

Cuadro 5

Comparación de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana con y sin adherencia terapéutica según el promedio de los puntajes en los test de Hamilton de depresión y ansiedad,

Variable	Sin Adherencia terapéutica				Con Adherencia terapéutica				T; P
	X	DE	Min	Max	X	DE	Min	Max	
Test de depresión	16,5	4,87	7	26	9,5	4,93	2	15	T=3,25; P=0,002*
Test de Ansiedad	8,78	6,71	0	31	5,67	3,67	0	10	T=1,1; P=0,27

Fuente: Francis Orozco

*Prueba t de Student: estadísticamente significativa.

X: Media. DE: Desviación estándar. Min: Mínimo. Max: Máximo.

Cuadro 6

Distribución de los pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana con y sin adherencia terapéutica según el resultado de los test de Hamilton de depresión y ansiedad.

Test de depresión	Sin Adherencia terapéutica		Con Adherencia terapéutica		P
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No deprimido	2	5,6	2	33,3	0,08
Depresión menor	6	16,7	2	33,3	0,34
Depresión moderada	15	41,7	2	33,3	0,47
Depresión severa	7	19,4	0	0,0	0,27
Depresión muy severa	6	16,7	0	0,0	0,32
Test de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Sin ansiedad	12	33,3	3	50,0	0,37
Ansiedad menor	19	52,8	3	50,0	0,37
Ansiedad mayor	5	13,9	0	0,0	0,38
Total	36	100,0	6	100,0	

Fuente: Francis Orozco