



# UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas  
Centro de Posgrado  
Posgrado en Medicina Interna

“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN VIH/SIDA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2020 - 2021.”

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Interna.

**Autora:**

Adriana Carolina Machado Campoverde.

CI: 0104644745.

Correo electrónico: anitacdm@hotmail.com

**Director:**

Javier Fernando Ochoa Muñoz.

CI: 0101224020.

**Cuenca, Ecuador**

07-marzo-2022



## RESUMEN

**Antecedentes:** la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral es un problema de salud pública mundial, primera causa de fracaso terapéutico, fallo virológico, hospitalización y mortalidad asociada a factores no identificados localmente.

**Objetivos:** determinar la prevalencia y factores asociados a falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH/SIDA del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 - 2021.

**Metodología:** estudio analítico transversal en 165 pacientes con VIH/SIDA, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia quienes cumplieron criterios de inclusión; el cuestionario Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) evaluó la falta de adherencia. Los datos fueron analizados en el programa SPSS 15 utilizando la razón de prevalencia (RP) para medir asociación con IC 95% y significancia estadística  $p < 0,05$ ; las cláusulas "Acuerdo de Uso y Confidencialidad - casos VIH" garantizaron la confidencialidad con la aprobación del comité de bioética.

**Resultados:** la prevalencia de falta de adherencia fue 64,24%, predominó la edad entre 18 - 35 años con 61,8%, 8 de cada 10 personas eran varones, la mayoría mestizos, instrucción secundaria en la mitad de la población, estado civil soltero en 71,5% similar a los que tenían empleo; la mala relación médico paciente fue el único factor que demostró aumento de probabilidad pero sin significancia estadística (RP: 1,56, IC 95%: 1,39-1,75,  $p: 0,288$ ).

**Conclusiones:** más de la mitad de pacientes presentaron falta de adherencia con el cuestionario SMAQ, el factor con aumento de probabilidad sin significancia estadística fue la mala relación médico paciente.

**Palabras clave:** Cumplimiento y adherencia al tratamiento. Factores de riesgo. VIH. Adulto.



## ABSTRACT

**Background:** lack of adherence to antiretroviral treatment is a global public health problem, the leading cause of treatment failure, virological failure, hospitalization and mortality associated with factors not identified locally.

**Objectives:** to determine the prevalence and associated factors with lack of adherence to antiretroviral treatment in HIV / AIDS patients at the Vicente Corral Moscoso Hospital, 2020 - 2021.

**Methodology:** cross-sectional analytical study in 165 patients with HIV / AIDS, the sampling was non-probabilistic for convenience who met the inclusion criteria; the Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) assessed lack of adherence. The data were analyzed in the SPSS 15 program using the prevalence ratio (PR) to measure association with 95% CI and statistical significance  $p < 0.05$ ; the clauses "Agreement of Use and Confidentiality - HIV cases" guaranteed confidentiality with the approval of the bioethics committee.

**Results:** the prevalence of non-adherence was 64.24%, the age between 18 - 35 years prevailed with 61.8%, 8 out of 10 people were male, most of them mixed-race, secondary education in half of the population, state 71.5% single civilian similar to those who had a job; the poor doctor-patient relationship was the only factor that showed an increase in probability but without statistical significance (PR: 1.56, 95% CI: 1.39 - 1.75,  $p: 0.288$ ).

**Conclusions:** more than half of the patients presented lack of adherence with the SMAQ questionnaire, the factor with an increase in probability without statistical significance was the poor doctor-patient relationship.

**Key words:** Treatment adherence and compliance. Risk factors. HIV. Adult.



## ÍNDICE DEL TRABAJO

RESUMEN .....	2
ABSTRACT .....	3
1. INTRODUCCIÓN .....	10
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
3. JUSTIFICACIÓN .....	13
4. MARCO TEÓRICO.....	13
4.1. VIH/SIDA.....	13
4.2. Adherencia al Tratamiento antirretroviral y factores asociados.....	15
4.3. Medición de adherencia con cuestionario SMAQ. ....	18
5. HIPÓTESIS .....	18
6.OBJETIVOS .....	19
6.1. Objetivo General .....	19
6.2. Objetivos Específicos.....	19
7. DISEÑO METODOLÓGICO.....	20
7.1. Tipo de estudio .....	20
7.2. Área de estudio.....	20
7.3. Universo.....	20
7.4. Muestra. ....	20
7.5. Criterios de inclusión .....	20
7.6. Criterios de exclusión .....	20
7.7. Variables del estudio.....	20
7.7.1. Jerarquización de variables .....	20
7.7.2. Operacionalización de variables.....	21
7.8. Método, técnicas, instrumentos y procedimientos para recolección de información. ....	21
7.9. Plan de tabulación y análisis.....	22
7.10. Consideraciones bioéticas .....	22
8. RESULTADOS .....	24
8.1. Características sociodemográficas. ....	24
8.2. Falta de adherencia al tratamiento con el cuestionario SMAQ. ....	24
8.3. Factores asociados con falta de adherencia.....	25



8.4. Relación entre falta de adherencia y factores asociados.....	27
9. DISCUSIÓN .....	29
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	34
10.1. Conclusiones .....	34
10.2. Recomendaciones .....	34
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	35
12. ANEXOS .....	44



## Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Yo, Adriana Carolina Machado Campoverde en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A FALTA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN VIH/SIDA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2020 - 2021.", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 07 de marzo del 2022.

---

Adriana Carolina Machado Campoverde.

C.I: 0104644745.



## Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Yo, Adriana Carolina Machado Campoverde, autor/a del trabajo de titulación "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A FALTA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN VIH/SIDA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2020 - 2021.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 07 de marzo del 2022.

---

Adriana Carolina Machado Campoverde.

C.I: 0104644745.



## DEDICATORIA

A mi familia, mis padres René y Anita por ser mi motor toda la vida.

A mis hermanas Andrea y Belén, por su apoyo incondicional cada día durante este camino, y más aún en los tiempos difíciles.

A mi novio Paul, por estar siempre, ser mi apoyo, mi refugio, mi fuerza y mi inspiración en cada paso dado, pues de uno en uno construimos nuestro presente y futuro juntos.

A mi abuelita Viví, sé que desde el cielo me cuida y estoy segura que ella es quien me guía y me ubica en los buenos lugares y con las buenas personas para ser feliz y estar protegida.

A todos los pacientes de este grupo prioritario porque para ellos es el presente estudio.

Para Uds. el producto de mi esfuerzo, mi trabajo diario, mis malas noches y la felicidad de este momento.

Adriana Carolina Machado Campoverde.





## **AGRADECIMIENTO**

A la vida y a Dios, por cuidarme durante toda esta etapa y por darme la fuerza para seguir adelante.

A mi familia, mis padres René y Anita, mis hermanas Andrea y Belén por su apoyo, por sus palabras de ánimo cada mañana, por los alimentos diarios, por la compañía en casa y por la fuerza, su hombro y oído en todo momento.

A mi Novio Paul, por su amor, por ser mi mano derecha en la toma de decisiones, por darme paz y tranquilidad, por ser mi luz y mi ilusión de vida, razón de mi sonrisa.

A mis amigos y compañeros de mi querido HVCM, en especial al Dr. Pablo Bolaños por haberme acompañado en la recolección de datos, de la manera más amigable y colaboradora posible, a mi director Dr. Javier y asesora de tesis Dra. Jeanneth por su tiempo, guía, ánimo y profesionalismo.

A cada paciente que participó en el estudio por brindar la información y sus respuestas a los cuestionarios de la manera más específica, detallada y colaboradora.

A Uds. mi total y eterno agradecimiento.

Adriana Carolina Machado Campoverde.



## 1. INTRODUCCIÓN

La infección por VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) destruye los linfocitos CD4, provocando inmunodeficiencia y susceptibilidad para adquirir infecciones oportunistas y neoplasias llamándose en esta instancia SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) (1); es transmitida por intercambio de líquidos corporales como sangre, leche, semen o secreciones vaginales (2); la mayoría de pacientes son asintomáticos pero pueden presentar fiebre, fatiga, escalofríos, sarpullidos, diaforesis, mialgias, odinofagia, úlceras y en fases avanzadas adenomegalias, pérdida de peso, diarrea, tos, etc (3); se diagnostica con serología y el tratamiento conocido como antirretroviral bloquea la entrada intracelular del virus y su replicación (4).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) en el 2016 a nivel mundial 36,7 millones de personas estaban infectadas, 1,8 millones de nuevas infecciones fueron reportadas y 1 millón fallecieron; afecta a subpoblaciones como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, transgénero y trabajadoras sexuales con el 50% de nuevas infecciones, 30% en individuos de 15 - 24 años y 1.1 millones estaban bajo tratamiento antirretroviral (TARV) representando el 61% de cobertura (3).

La falta de adherencia al TARV es la incapacidad del paciente de implicarse en la elección, inicio y control de medicación sin llegar a objetivos (5), principal causa de fracaso y resistencia terapéutica, fallo virológico, progresión de la infección, hospitalización, aumento de costes y mortalidad (1); existen factores asociados con el individuo, tratamiento y sistema sanitario; datos sugieren que tomar el 95% de dosis mantienen la supresión de replicación viral convirtiéndose en un reto para el sistema sanitario (6-8).

En nuestro país estudios han indicado prevalencias de falta de adherencia entre 45% y 63% (9-12), en Latinoamérica entre 63% y 69% (13,15,16), en países desarrollados entre 17,3% y 49% (7,14,17-19); un estudio encontró que los pacientes que omitieron dosis presentaron resistencia al tratamiento (5); otro que el riesgo de fallo virológico aumentaba con cada dosis omitida asociando mayor mortalidad (10); otra



investigación lo identificó como factor asociado a eventos adversos (20) y en otro al olvido en la toma de medicación (16).

La adherencia no es únicamente un valor por dosis de medicación tomada, es el resultado de un proceso organizado y vigilado (21,22), se ha estudiado con limitaciones en el método de medición, en factores evaluados, en el tamaño de la población y diseños del estudio que han dificultado generalizar resultados, por lo tanto, dar inicio al estudio de esta problemática en nuestra sociedad, con acceso gratuito a medicación, para determinar la prevalencia con factores asociados es esencial para obtener datos locales, investigaciones posteriores y conseguir mejor evolución de la enfermedad desarrollando un papel activo en donde el paciente sea autónomo, incremente su autorregulación, conozca la enfermedad y objetivos de su tratamiento enfatizando la importancia de cumplirlos correctamente acompañado de una buena relación con los profesionales sanitarios en la toma de decisiones.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el 2016 la OMS (1) reportó 36,7 millones de personas con VIH de los cuales 25,6 millones estaban en África, determinó 1,8 millones de nuevas infecciones y 1 millón de fallecidos en ese año; en Latinoamérica existió 1,8 millones de casos con 61% de pacientes bajo TARV (2); Ecuador presentó 36.000 infectados, la Sierra 20,34% y en Azuay 950 casos representando 1,5% de la población nacional infectada (3); entre el 2000 y 2016 se redujo la transmisión del virus en 39% debido al tratamiento, para el 2017 20,9 millones contaban con terapéutica (1).

En España (18,23) encontraron que 49% al 55% de pacientes con VIH/SIDA tenían falta de adherencia al TARV, Colombia 63% en menores de 40 años (14), en Perú 16,2% (15). En Quito (9) se identificó un 50,9% con factores que incluyeron: dificultad horaria para consumo del tratamiento, sin voluntad de consumirla, estadio tardío de enfermedad, esquema alternativo, efectos adversos y psicopatologías; en Guayaquil (10) un 45,87% con asociación al olvido, no cumplir con horario y abandono por efectos adversos y en otro estudio 45% asociado a discriminación, baja autoestima, falta de recursos económicos y maltrato físico (11).



La supervivencia del VIH/SIDA se ha modificado con el TARV transformando su historia natural hasta ser considerada crónica (4,20) que requiere una buena adherencia para evitar resistencia, progresión, replicación viral y dificultad para posteriores tratamientos (22); la adherencia es un elemento fundamental y más complejo que solo la administración de fármacos, con factores asociados al individuo como condición socio económica, soporte familiar o social, instrucción, vivienda, psicopatologías, sexo, edad, raza, etnia, idioma; con respecto al tratamiento como número de dosis, tiempo, restricciones nutricionales, efectos adversos; y en cuanto al equipo sanitario como interés, comunicación, satisfacción, accesibilidad y actitud (1,2,25). La evidencia sugiere identificar y tratar la condición socioeconómica y psicopatologías, prescribir uno o dos comprimidos diarios, evitar efectos adversos, consolidar la relación médico paciente y que en presencia de fallo virológico se evalúe la adherencia con uso de cuestionarios recomendados (5,22-24).

Existen discordancias y limitaciones en los datos disponibles que dificultan generalizar y extrapolar resultados debido a los factores evaluados, métodos de medición, diferencias en definición y umbral de adherencia, tamaño y diferencia de poblaciones, tratamientos utilizados, tipos de variables estudiadas, diseños del estudio y sesgo de publicación (3-10,19,25) por lo que se propuso evaluar la falta de adherencia al TARV con algunos factores asociados, determinados con cuestionarios y escalas validadas, para identificar estos problemas y ofrecer soluciones dinámicas entre el paciente y el personal sanitario (2,3,19,22,25).

Dado que el VIH/SIDA es una patología prevalente beneficiada por la adherencia al TARV, respaldada con múltiples estudios pero poco concluyentes y sin tener conocimiento en el Hospital Vicente Corral Moscoso sobre esta problemática y sus factores asociados, lo que condiciona un vacío en datos disponibles se propuso este estudio inicial con los factores más relevantes descritos en la literatura: condición socioeconómica baja, esquema de tratamiento antirretroviral alternativo, efectos adversos, tiempo de diagnóstico y tratamiento  $\leq 5$  años, psicopatología y mala relación médico paciente para responder la siguiente interrogante: ¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a la falta de adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en VIH/SIDA en el Hospital Vicente Corral Moscoso?



### **3. JUSTIFICACIÓN**

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (26) ubica a la infección por VIH como área de investigación, al VIH/SIDA como línea de investigación y al monitoreo - seguimiento a pacientes con VIH/SIDA como sublínea, así mismo, la Universidad de Cuenca (27) la sitúa en sus líneas de investigación. La adherencia al TARV se considera parte importante de la evolución del paciente y es un pilar esencial para control de la infección con disminución de la carga viral, progresión a SIDA, reducción de morbilidad y mortalidad y desarrollo de resistencia terapéutica (5,25), con impacto en el ámbito económico del paciente y de la institución, en el ámbito personal y social por limitaciones psiquiátricas, secuelas físicas y su repercusión familiar (28-30); para conseguir sus beneficios, se debe evaluar el nivel de adherencia e identificar factores que influyen siendo un factor clave y prioritario en la práctica médica más aún en esta patología endémica y relevante (1-5).

No se encontraron estudios publicados a nivel provincial sobre esta temática, estudios nacionales e internacionales son escasos y sus resultados no concluyentes, por lo que existe la necesidad de aportar estos datos a la comunidad; los mismos que servirán como base para nuevos estudios e intervenciones con el fin de fortalecer la adecuada adherencia utilizando un método de medición útil, sencillo y de bajo costo que pueda ser incluido en la práctica clínica habitual. Los pacientes se beneficiarán al conocer el nivel de adherencia con los factores asociados susceptibles de corrección, el personal de salud los identificará hallando puntos débiles en su proceso, la institución contará con información para el abordaje integral de la patología mejorando sus índices de calidad. Los datos recopilados serán publicados en revistas médicas indexadas así como se encontrarán en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca y servirán de base para futuras investigaciones, se entregarán los resultados al director del Hospital Vicente Corral Moscoso para su difusión.

### **4. MARCO TEÓRICO**

#### **4.1. VIH/SIDA**

El VIH es un retrovirus que lleva a inmunosupresión por reducción de linfocitos TCD4 con vulnerabilidad a infecciones oportunistas y cáncer en su estado más avanzado

que es el SIDA (1); se transmite por intercambio de líquidos como sangre, leche, semen o secreciones vaginales (2); la mayoría de pacientes son asintomáticos en etapas tempranas pero pueden manifestar escalofríos, fiebre, sarpullidos, diaforesis, mialgias, odinofagias, úlceras orales, adenomegalias, pérdida de peso, diarrea, tos (3); se diagnostica con presencia de anticuerpos contra VIH-1, VIH-2 y antígeno p24 del virus (1); el tratamiento es conocido como antirretroviral que bloquea la entrada del virus al compartimento intracelular y suprime su replicación (4), con combinación de medicamentos y la administración más eficaz son tres en una toma diaria (5,25).

El Grupo de estudio del SIDA (GESIDA) (25) recomendó que se proporcione tratamiento con diagnóstico confirmado asociado a beneficios clínicos; la clasificación de antirretrovirales según la guía de atención integral para adultos con infección por VIH del MSP (5) se describe en la tabla 1 y propone 2 esquemas como preferido y alternativo expuestos en la tabla 2.

**Tabla 1.** Clasificación de antirretrovirales existentes en el Ecuador.

Inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósidos - ITRN	Inhibidores de la transcriptasa reversa nucleósidos - ITRNN	IP - Inhibidores de proteasa	Inhibidor de la Integrasa
Zidovudina (AZT) Lamivudina (3TC) Didanosina (ddl) Abacavir (ABC) Tenofovir (TDF) Emtricitabina (FTC)	Efavirenz (EFV) Nevirapina (NVP) Etravirina (ETV)	Lopinavir Ritonavir (LPV/RTV) Saquinavir (SQV) Atazanavir (ATZ) Darunavir (DRV)	Raltegravir (RLV)

Vance C. Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA [Tabla]. Ecuador: MSP; 2016.

**Tabla 2.** Esquemas recomendados para el tratamiento antirretroviral.

2 Fármacos: ITRN	1 Fármaco: ITRNN o IP
Preferido: TDF (300 mg diario) + FTC (200 mg diario)	Preferido: EFV 600 mg diario
Alternativo: ABC (600 mg diario) + 3TC (300 mg diario) o AZT (300 mg c/12h) + 3TC (150 mg c/12h)	Alternativo: ATV 300 mg diario/ r 100 mg diario o NVP (200 mg c/12h con inicio de 200 mg diario por 2 semanas) en mujeres con CD4 < 250 y en varones con CD4 < 400

Vance C. Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA [Tabla]. Ecuador: MSP; 2016.

El esquema preferido fue recomendado como uno de los iniciales y eficientes cuyas características óptimas son: seguridad, eficacia, tolerancia, durabilidad, estabilidad, conveniencia y costo; el esquema alternativo ha sido asociado con falta de adherencia

(5) y todos los fármacos de TARV registran efectos adversos detallados en la tabla 3 (5,28,29):

**Tabla 3.** Efectos adversos más comunes asociados a fármacos antirretrovirales.

<b>Droga abreviatura</b>	<b>- Efectos adversos más comunes.</b>
Zidovudina - AZT	Náuseas, dolor de cabeza, erupción cutánea, anemia, leucopenia, elevación de enzimas hepáticas, elevación de ácido láctico y el de la creatina - fosfoquinasa.
Lamivudina - 3TC	Neutropenia.
Didanosina - ddi	Intolerancia gastrointestinal, pancreatitis, gota, neuropatía periférica reversible.
Tenofovir - TDF	Malestar gastrointestinal, niveles bajos de fosfato.
Abacavir - ABC	Reacción de hipersensibilidad.
Nevirapina - NVP	Sarpullido, elevación de enzimas hepáticas.
Efavirenz - EFV	Toxicidad del sistema nervioso central, (somnolencia, etc), erupción cutánea.
Marca Invirase - INV	Elevación de enzimas hepáticas.
Marca Fortovase - FTV	Efectos tóxicos gastrointestinales, elevación de enzimas hepáticas.
Ritonavir - RTV	Malestar gastrointestinal, diarrea, parestesias, elevación de enzimas hepáticas, hipertrigliceridemia.
Lopinavir / Ritonavir -LPV/RTV	Malestar gastrointestinal

Vance C. Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA [Tabla]. Ecuador: MSP; 2016.

#### **4.2. Adherencia al Tratamiento antirretroviral y factores asociados.**

GESIDA, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y el Sistema Público Nacional de Salud (5,24,25) proponen la definición de adherencia como la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento para conseguir supresión de replicación virológica tras cumplirlo rigurosamente; el tratamiento requiere una adherencia de > 95% para ser eficaz, su falta es determinante para el mal control de replicación viral y progresión de la enfermedad (30); estudios han demostrado falta de adherencia en Quito con 50,99% de pacientes, en Guayaquil entre 45% y 59.7%, Colombia 63%, Perú 55%, Brasil 69%, en España entre 45% y 49%, en Camerún 34,9% y Etiopía 17,3% (9-14,16-18,20,49). Existen factores asociados en relación a 3 grupos expuestos en la tabla 4 (5,24,25,31-33).

**Tabla 4.** Factores relacionados con la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral.



Paciente		Tratamiento	Personal sanitario
Características:	Actitudes:	- Número de fármacos	- Interés
- Ausencia de soporte social o familiar	- Desconfianza del tratamiento	- Dosificación del tratamiento y diagnóstico	- Satisfacción profesional
- Condición socioeconómica baja	- Hostilidad hacia los profesionales	- Restricciones alimentarias	- Comunicación
- Nivel educativo bajo	- Vergüenza	- Efectos adversos	- Actitud
- Vivienda inestable	- Temor	- Tipo de tratamiento.	- Accesibilidad
- Mala calidad de vida	- Fatalismo		- Dudas o problemas, prejuicios
- Edad	- Invulnerabilidad		- Disponibilidad de recursos
- Sexo	- Baja percepción de autoeficacia.		- Mala relación médico paciente.
- Raza			
- Etnia			
- Idioma			
- Drogadicción			
- Alcoholismo			
- Depresión.			

Pérez J, Polo R. Documento de consenso de GeSida / Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [Tabla]. España: GESIDA; 2019.

La condición socioeconómica baja según lo ha indicado la OMS es la característica sociodemográfica determinante de falta de adherencia dada por la limitación de recursos para acceder a la salud, transporte, nutrición y educación (1,13,14,34), su frecuencia fue descrita en múltiples estudios (6,9,11,14,20), sin embargo, algunos sin asociación con falta de adherencia (6,14), un metanálisis concluyó que a mayor estatus caracterizado por mayor ingreso, educación y empleo existió mayor adherencia (35).

La psicopatología es el factor asociado al paciente (tabla 4) y a la interrupción del tratamiento debido al impacto en el comportamiento del individuo provocando depresión con limitación anímica, mal estigma y discriminación social asociado a menor calidad de vida siendo expuesta por estudios en Suiza y Quito como factor asociado (9,14,50); dada la elevada prevalencia de esta condición en los pacientes con VIH/SIDA, GESIDA (25) considera necesario el diagnóstico y seguimiento psiquiátrico con soporte emocional y conductual como parte de la asistencia sanitaria.

El esquema de TARV alternativo es complejo por el mayor número de comprimidos, mayor frecuencia, interacciones farmacológicas y eventos adversos (5,36), los esquemas alternativos propuestos por el MSP (5) presentan menor adhesión y efectividad por lo que GESIDA (25) recomienda que las pautas sean de uno o dos





comprimidos al día, en una única dosis y sobre todo en pacientes no adherentes; estudios en Perú, Guayaquil y Quito mencionaron que el esquema alternativo se asoció con falta de adherencia y uno canadiense demostró aumento de probabilidad pero sin asociación estadística (7,9,13).

Los efectos adversos del TARV detallados en la tabla 4 se sitúan como factor predictor significativo de incumplimiento percibido por el propio paciente quien suspende la medicación (38,39) por lo que GESIDA (25) recomienda que en los pacientes que se inicie o modifique tratamiento se programe una nueva visita para verificar tolerancia, además, propone uso de guías de medicación y comités consejeros permitiendo al médico y al paciente mejorar el conocimiento sobre dichos efectos; estudios (13,41) han determinado que la fatiga, debilidad, vómito, diarrea fueron los efectos adversos más frecuentes y estudios en Quito y Canadá (7,9) expusieron su asociación con falta de adherencia, lo que no se encontró en Perú (13) .

La OMS (1) vincula al diagnóstico y tratamiento  $\leq 5$  años como factor relacionado, dado al apego con el personal médico, la comprensión de la enfermedad y los beneficios obtenidos del TARV que se fortalece con el tiempo y que son percibidos por el paciente como determinante de una buena adherencia; en contraposición estudios en Quito y Guayaquil (9,11) no obtuvieron relación, de igual manera el canadiense (7).

La mala relación médico paciente es el factor relacionado con el sistema sanitario porque la desconfianza, desorden, impaciencia, falta de confidencialidad, personal de salud con baja remuneración, con excesiva carga de trabajo, con limitación de tiempo, sin adecuada preparación, poca capacidad para educar son factores para una mala relación (42); durante los últimos años la experiencia del médico en el tratamiento y manejo en pacientes con VIH/SIDA influyen en la percepción y adherencia (24) por lo que GESIDA (25) recomienda favorecer la estabilidad y continuidad de los equipos asistenciales; sin embargo, el estudio quiteño no demostró asociación con falta de adherencia (9).



#### **4.3. Medición de adherencia al TARV con el cuestionario SMAQ.**

La recomendación nivel A para medir adherencia propone el uso de cuestionarios de autoevaluación que tienen como características ser de bajo costo, de fácil implementación, mantener correlación con resultados, investigar motivos y medir cualitativamente (44); para el tratamiento antirretroviral se describe el cuestionario SMAQ validado en España con 72% de sensibilidad y 91% de especificidad que es de fácil acceso, pocos recursos, se acopla a las características del centro, investiga aspectos como olvidos, horarios, efectos adversos, omisión del fin de semana, cuantificación en la última semana y trimestre (18,44); resultados señalan que podría bastar únicamente este medio para identificar el problema (43) llegando a describirse en la guía nacional de consejería para VIH como instrumento para medir adherencia (5).

### **5. HIPÓTESIS**

La prevalencia de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Vicente Corral Moscoso es superior al 50% (9,14,23) asociado con condición socioeconómica baja, esquema de tratamiento antirretroviral alternativo, efectos adversos, tiempo de diagnóstico y tratamiento  $\leq 5$  años, psicopatología y mala relación médico paciente.



## **6. OBJETIVOS**

### **6.1. Objetivo General**

Determinar la prevalencia y factores asociados a falta de adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en VIH/SIDA, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 - 2021.

### **6.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar socio demográficamente a la población según edad, sexo, etnia, instrucción, estado civil, ocupación.
- Conocer el estado de adherencia al tratamiento antirretroviral mediante el cuestionario SMAQ.
- Determinar factores asociados con falta de adherencia al tratamiento antirretroviral: condición socioeconómica baja, esquema de tratamiento antirretroviral alternativo, efectos adversos, tiempo de diagnóstico y tratamiento < 5 años, psicopatología y mala relación médico paciente.
- Establecer relación entre falta de adherencia al tratamiento antirretroviral y factores asociados.



## **7. DISEÑO METODOLÓGICO**

**7.1. Tipo de estudio:** analítico de corte transversal.

**7.2. Área de estudio:** consulta externa de Infectología en el Hospital Vicente Corral Moscoso, cantón Cuenca, provincia Azuay, Ecuador.

**7.3. Universo:** finito, con datos estadísticos en el 2018 de 800 casos de VIH/SIDA.

**7.4. Muestra:** la infección por VIH es de notificación obligatoria, por política de la Zona 6 se sugiere que pacientes del sector público sean referidos a Infectología; se dispuso un universo de 800 pacientes, se utilizó la fórmula de Sierra Bravo para universo finito con 95% de nivel de confianza, 16,2% de probabilidad de ocurrencia (15) y 5% de margen de error obteniendo muestra de 165 pacientes. Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, sin perdidas en la muestra.

### **7.5. Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años con VIH/SIDA que acudieron a consulta externa de Infectología entre el 1 de noviembre del 2020 al 30 de abril del 2021 con tratamiento por más de 30 días y que contaron con valores de carga viral y CD4.
- Con consentimiento informado firmado.

### **7.6. Criterios de exclusión**

- Pacientes gestantes por recibir tratamiento prescrito por ginecología.
- Privados de libertad por supervisión del dispensario en toma de fármacos.
- Con alteraciones mentales que no consintieron su participación.

### **7.7. Variables del estudio**

#### **7.7.1. Jerarquización de variables**

- Variable dependiente: falta de adherencia al tratamiento antirretroviral.



- Variables independientes: condición socioeconómica baja, esquema de tratamiento antirretroviral alternativo, efectos adversos, tiempo de diagnóstico y tratamiento antirretroviral  $\leq 5$  años, psicopatología, mala relación médico paciente.
- Variables intervinientes: edad, sexo, instrucción, estado civil, etnia, ocupación.

### 7.7.2. Operacionalización de variables (anexo 1).

## 7.8. Método, técnicas, instrumentos y procedimientos para recolección de información.

- **Método:** observacional.
- **Técnica:** encuestas.
- **Instrumentos:** formulario de recolección de datos con características sociodemográficas y de investigación más el consentimiento informado; para medir la falta de adherencia se utilizó el cuestionario SMAQ (anexo 3), el paciente fue no adherente si contestó "sí" a las preguntas cualitativas 1, 3, 4 o "no" a la 2 y/o si en la pregunta 5 reportó "más de dos dosis olvidadas en la última semana" y en la 6 "más de 2 días sin tomar la medicación", se consideró no adherente a cualquier respuesta en sentido de no cumplimiento.

La condición socioeconómica fue valorada con la escala de Graffar - Méndez (anexo 4) que registró 4 parámetros y cada uno con 5 ítems del 1 a 5 (superior a inferior): profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingreso, condiciones de alojamiento dando la siguiente puntuación: 4-6: clase I - alta, 7-9: II - media alta, 10-12: III - media baja, 13-16: clase IV – pobreza y 17-20 puntos: V - pobreza crítica.

Para la relación médico - paciente se usó el cuestionario PDRQ - 9 (anexo 5) con 9 acápites, la idoneidad de cada declaración estuvo dado del 1 al 5 por enunciado, el significado de los números fueron: 1: nada apropiado, 2: algo apropiado, 3: apropiado, 4: bastante apropiado, 5: muy apropiado; la interpretación fue por el resultado de la media de respuestas.



Las características sociodemográficas, esquema antirretroviral, tiempo de diagnóstico y tratamiento se obtuvieron de la entrevista verificados en la historia clínica y cédula de identidad; efectos adversos fueron evaluados como respuesta afirmativa a presencia de signos y síntomas; la psicopatología por diagnóstico reportado de psiquiatría o psicología (anexo 3).

- **Procedimientos:** se elaboró el protocolo presentado y autorizado por la coordinación de docencia e investigación de la Universidad de Cuenca y con permiso de la autoridad del Hospital Vicente Corral Moscoso; la recolección de datos fue con el instrumento en consulta externa solo por el investigador, en sala aledaña después de la explicación y autorización del consentimiento informado (anexo 2), se respetó anonimato con el número de historia clínica; la calidad de información se aseguró con uso de instrumentos validados, la recopilación, tabulación e interpretación de datos fue por el mismo investigador, con constancia de que el participante entendió el vocabulario utilizado y la revisión de la matriz de datos para detectar errores de transcripción y codificación.

### **7.9. Plan de tabulación y análisis**

Los datos fueron ingresados en el programa SPSS 15 y se determinó la prevalencia, se realizó análisis estadístico en el programa Epidat 3.1 y Epiinfo, con uso de estadística descriptiva para características sociodemográficas y factores asociados en base a frecuencias y porcentajes; la asociación estadística se midió con razón de prevalencia (RP), intervalo de confianza (IC) al 95% estadísticamente significativo con valor  $p < 0,05$ ; los resultados fueron presentados en tablas (basal y asociación) con la redacción del análisis.

### **7.10. Consideraciones bioéticas**

- Se cumplió con normas del código de ética médica, principios de no maleficencia, beneficencia y autonomía.
- La aprobación ética fue por parte del Comité de Bioética de la Universidad.



- La participación se basó en voluntad y capacidad de cada paciente para dar su consentimiento, conocieron propósitos y procedimientos para mantener confidencialidad.
- Los datos estuvieron manejados bajo único control por el investigador y director, la identidad en formularios fue protegida con sistema de codificación en base al número de historia clínica.
- El procesamiento, distribución, difusión y archivo requirió autorización del titular según mencionó la ley “Acuerdo de confidencialidad – casos VIH” manifestado en el consentimiento informado (5).
- El acceso a formularios y base de datos están al alcance del Comité de Bioética y autoridades de la Universidad y del Hospital para su verificación.

## 8. RESULTADOS

### 8.1. Características sociodemográficas.

**Tabla 5.** Distribución de 165 pacientes con VIH/SIDA según características sociodemográficas. Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 – 2021.

	n (165)	% (100)
<b>Edad</b>		
18 – 35 años	102	61,8
36 – 64 años	59	35,8
≥ a 65 años	4	2,4
<b>Sexo</b>		
Mujer	33	20,0
Varón	132	80,0
<b>Etnia</b>		
Mestiza	164	99,4
Blanca	1	0,6
<b>Instrucción</b>		
Ninguna	1	0,6
Primaria	32	19,4
Secundaria	75	45,5
Superior	57	34,5
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	118	71,5
Casado/a	15	9,1
Divorciado/a	12	7,3
Viudo/a	1	0,6
Unión Libre	19	11,5
<b>Ocupación</b>		
Empleo	124	75,2
Sin empleo	41	24,8

De los pacientes con VIH/SIDA que acudieron a consulta externa el grupo de edad más frecuente fueron adultos entre 18 - 35 años con 61,8%, 8 de cada 10 personas eran varones, mestizos la mayoría de la población estudiada, más de la mitad de participantes tenían instrucción secundaria, 7 de cada 10 pacientes eran solteros, así mismo quienes reportaron empleo (tabla 5).

### 8.2. Falta de adherencia al TARV con el cuestionario SMAQ.

**Tabla 6.** Prevalencia de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 – 2021.

Adherencia al tratamiento	n (165)	% (100)	IC 95%
No	106	64,2	56,62 – 71,85
Si	59	35,8	



La falta de adherencia al TARV con el cuestionario SMAQ se presentó en 6 de cada 10 pacientes con inferencia de IC 95% entre 56,62% - 71,85% (tabla 6).

**Tabla 7.** Prevalencia de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral según preguntas del cuestionario SMAQ en pacientes con VIH/SIDA. Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 – 2021.

Cuestionario SMAQ <sup>1</sup>		
	n (165)	% (100)
<b>PREGUNTA 1. ¿Alguna vez olvidó tomar la medicación?</b>		
Si	94	57
No	71	43
<b>PREGUNTA 2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?</b>		
Si	143	86,7
No	22	13,3
<b>PREGUNTA 3. ¿Alguna vez dejó de tomar los fármacos porque se sentía mal?</b>		
Si	39	23,6
No	126	76,4
<b>PREGUNTA 4. ¿Olvidó tomar la medicación el fin de semana?</b>		
Si	22	13,3
No	143	86,7
<b>PREGUNTA 5. En la última semana ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?</b>		
Ninguna	119	72,1
1 - 2 dosis	30	18,2
3 - 5 dosis	9	5,5
6 - 10 dosis	1	0,6
≥ de 10 dosis	6	3,6
<b>PREGUNTA 6. ¿Desde la última visita cuántos días completos no tomó la medicación?</b>		
< de 2 días	127	77
> de 2 días	38	23

<sup>1</sup> SMAQ: Simplified Medication Adherence Questionnaire

De acuerdo a las preguntas presentadas en el cuestionario SMAQ como instrumento para determinar falta de adherencia, el olvido en toma de medicación se manifestó en la mitad de la población como condición más frecuente; 1 de cada 10 personas no ingirió su medicación en hora indicada; 23,6% la abandonaron por sentirse mal; cerca del 10% la olvidaron el fin de semana; 3 de cada 10 personas en la última semana no la consumieron completa y un tercio no la tomaron > de 2 días (tabla 7).

### 8.3. Factores asociados con falta de adherencia.

**Tabla 8.** Distribución de 165 pacientes según factores asociados a falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 – 2021.



Factores Asociados	Adherencia al tratamiento antirretroviral				Total	
	No adherencia		Con adherencia		n(165)	%(100)
	n (106)	% (64,2)	n (59)	% (35,8)		
<b>Condición socioeconómica</b>						
Clase media	9	5,5	6	3,6	15	9,1
Clase media – baja	33	20,0	23	13,9	56	33,9
Pobreza	60	36,4	28	17,0	88	53,3
Pobreza crítica	4	2,4	2	1,2	6	3,6
<b>Esquema de tratamiento antirretroviral</b>						
TDF <sup>1</sup> + FTC <sup>2</sup> + EFV <sup>3</sup>	59	35,8	40	24,2	99	60
ABC <sup>4</sup> + 3TC <sup>5</sup> / LPV <sup>6</sup> + RTV <sup>7</sup>	5	3,0	3	1,8	8	4,8
AZT <sup>8</sup> + 3TC / LPV + RTV	13	7,9	7	4,2	20	12,1
3TC + TDF + DTG <sup>9</sup>	14	8,5	4	2,4	18	10,9
TDF + FTC / LPV + RTV	14	8,5	5	3,0	19	11,5
DRV <sup>10</sup> + RTV + DTG	1	0,6	0	0	1	0,6
<b>Efectos adversos</b>						
Síntomas gastrointestinales	18	10,9	5	3,0	23	13,9
Síntomas neurológicos	12	7,3	6	3,6	18	10,9
Anemia/enfermedades hematológicas	2	1,2	1	0,6	3	1,8
Cansancio / cefalea / astenia	6	3,6	5	3	10	6,7
Alteración del metabolismo de los lípidos	23	13,9	17	10,3	40	24,2
Hipersensibilidad	5	3	5	3	10	6,1
Ninguno	40	24,2	19	11,5	59	35,8
<b>Tiempo de diagnóstico</b>						
> 5 años	45	27,3	17	10,3	62	37,6
< 5 años	61	37	42	25,5	103	62,4
<b>Tiempo en tratamiento antirretroviral</b>						
> 5 años	42	25,5	17	10,3	59	35,8
< 5 años	64	38,8	42	25,5	106	64,2
<b>Psicopatología</b>						
Depresión	16	9,7	11	6,7	27	16,4
Ansiedad	13	7,9	5	3	18	10,9
Abuso de sustancias	16	9,7	4	2,4	20	12,1
Otros	4	2,4	0	0	4	2,4
Ninguno	57	34,5	39	23,6	96	58,2
<b>Relación médico paciente</b>						
Nada apropiado	2	1,2	0	0	2	1,2
Apropiado	3	1,8	2	1,2	5	3,0
Bastante apropiado	1	0,6	1	0,6	2	1,2
Muy apropiado	100	60,6	56	33,9	156	94,5

1 Tenofovir - 2 Emtricitabina - 3 Efavirenz - 4 Abacavir - 5 Lamivudina - 6 Lopinavir - 7 Ritonavir - 8 Zidovudina - 9 Dolutegravir - 10 Dorunavir.

En la población estudiada con VIH/SIDA que presentaron falta de adherencia al TARV y de acuerdo a factores propuestos se determinó que 7 de cada 10 pacientes no adherentes tenían bajo nivel socio económico con predominio de pobreza; en la mitad se prescribió tratamiento alternativo y los más frecuentes fueron a base de Lamivudina + Tenofovir + Dolutegravir y Tenofovir + Emtricitabina / Lopinavir + Ritonavir; 6 de cada 10 presentaron efectos adversos con alteración en el

metabolismo de lípidos como el más relevante; cerca del 60% llevaban < de 5 años de diagnóstico y tratamiento; la tercera parte de pacientes no adherentes han sido diagnosticados con psicopatologías y de ellos, 3 de cada 10 personas con depresión; y solo 2 personas tuvieron mala relación médico paciente (tabla 8).

#### 8.4. Relación entre falta de adherencia y factores asociados.

**Tabla 9.** Factores asociados a falta de adherencia terapéutica en pacientes con VIH/SIDA. Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 – 2021.

Factor asociado	No adherencia		Con adherencia		RP	IC 95%		Valor de p
	n	%	n	%				
<b>Condición socioeconómica baja</b>								
Si	64	68,08	30	31,92	1,151	0,90	1,45	0,236
No	42	59,15	29	40,84				
<b>Esquema de tratamiento antirretroviral alternativo</b>								
Si	47	71,21	19	28,79	1,19	0,95	1,49	0,127
No	59	59,60	40	40,40				
<b>Efectos adversos</b>								
Si	66	62,26	40	37,74	0,91	0,72	1,15	0,477
No	40	67,80	19	32,20				
<b>Tiempo de diagnóstico ≤ a 5 años</b>								
Si	61	59,23	42	40,77	0,816	0,65	1,01	0,082
No	45	72,58	17	27,42				
<b>Tiempo en tratamiento antirretroviral ≤ a 5 años</b>								
Si	64	60,38	42	39,62	0,84	0,67	1,06	0,165
No	42	71,19	17	28,81				
<b>Psicopatología</b>								
Si	49	71,01	20	28,99	1,19	0,95	1,49	0,123
No	57	59,37	39	40,63				
<b>Mala relación médico paciente</b>								
Si	2	100	0	0	1,56	1,39	1,75	0,288
No	104	63,80	59	36,20				

De los factores asociados propuestos con falta de adherencia al TARV el único que demostró aumento de probabilidad pero sin asociación estadística fue la mala relación médico paciente; aunque en algunas variables planteadas en la hipótesis de trabajo la razón de momios superó la unidad, los intervalos de confianza (IC) no fueron



concluyentes y no hubo relación estadísticamente significativa, estas incluyeron: condición socioeconómica baja, esquema de tratamiento alternativo, psicopatología, efectos adversos, tiempo de diagnóstico y en tratamiento  $\leq 5$  años (tabla 9).



## 9. DISCUSIÓN

Al determinar características socio demográficas de la población con VIH/SIDA en su mayoría se categorizaron como adultos jóvenes varones, resultados congruentes con lo reportado por investigadores en estudios de los Ríos, Quito, Guayaquil (9,14,22) y a otros internacionales de Perú, Colombia, Canadá, África, Nepal, España (8,13,17,18,20,37), que reflejaron la realidad descrita con cifras de que el VIH ha afectado prioritariamente a este grupo explicado por la vía de transmisión del virus y relaciones sexuales entre varones (16); la etnia mestiza presentaron la mayoría de participantes, solo el estudio de Quito (9) propuso también esta condición compartiendo frecuencias, fenómeno explicado debido a que al pertenecer al Ecuador, según datos estadísticos los mestizos ocupan primeras posiciones (4), contrariamente a lo expuesto por Simoni et al., (45) quienes en Estados Unidos identificaron que la población afroamericana fue de mayor representatividad.

La instrucción secundaria se reportó en mitad de la población así como en los estudios de Quito, Guayaquil, Colombia, Estados Unidos, Kenia (9,11,14,45,46), ello aparentemente atribuido al hecho de que un nivel educativo más alto permite al paciente comprender su enfermedad, acude a consulta y es captado para estudios (5); el estado civil soltero registró frecuencia elevada y las investigaciones regionales e internacionales (9,13,16,17,46) obtuvieron datos equivalentes por compartir variables sociodemográficas; otros en Kenia y Tanzania (46,48) indicaron resultados superiores en casados por su diferencia poblacional con adultos de mayor edad y mujeres razón de esta discrepancia; el empleo con el que contaron 7 de cada 10 pacientes fue similar a estudios realizados en Quito, Estados Unidos y Colombia (9,14,45); porque las áreas de estos estudios eran en zonas urbanas que demanda de ingresos para la subsistencia, contrastando con lo observado en Kenia y Nepal (20,46) con cifras elevadas de desempleo donde en el grupo poblacional predominaban mujeres y con pobreza.

La prevalencia de falta de adherencia al TARV en pacientes con VIH/SIDA con el cuestionario SMAQ fue elevada, resultados congruentes a los descritos en estudios de los Ríos, Quito, Guayaquil, Colombia, Perú, Brasil, España (9-14,16-18) con concordancia en métodos de evaluación, características poblacionales y algunos



factores asociados razón de estos resultados; otros reportaron una baja frecuencia de no adherencia, concretamente en Camerún, Etiopia, Nepal, Kenia (6,16,20,49), no obstante, la inconsistencia de estos hallazgos se dio por diferencias en variables sociodemográficas con predominio de mujeres, adultas con instrucción superior, pues al parecer las personas que compartían estas características presentaban una mayor probabilidad de buscar atención, sin olvidos de dosis y al momento del estudio recibían regímenes de primera línea con asesoramiento estricto sobre adherencia, lo cual que no se registró en pacientes del presente estudio.

Según resultados de las preguntas del cuestionario SMAQ, los participantes manifestaron al olvido en la toma de medicación como lo más frecuente, en Quito, Guayaquil, Nepal y Perú (9,10,13,20) que también realizaron este análisis concluyeron con datos similares por ser una condición ampliamente descrita que lleva a interrupción terapéutica; el cuestionario tuvo un carácter muy restrictivo, consideró no adherente al paciente que olvidó alguna dosis puntualmente; razón de valores elevados en todos los estudios que lo utilizaron como instrumento; se evidenció cifras de prevalencia amplias, y al respecto la OMS (1) concluyó cerca del 50% de falta de adherencia en países en vías de desarrollo y con fin de explicar su mecanismo propuso a la autorregulación como guía de decisiones según el concepto que tiene la persona de su enfermedad y tratamiento, acompañado de 3 pilares causantes de incumplimiento asociados al paciente, tratamiento y personal sanitario descritos previamente (1,5,24,25,31-33).

De acuerdo a los participantes que manifestaron falta de adherencia y en el estudio de factores asociados, la mala relación médico - paciente representó el 2% de la población no adherente con datos afines a la investigación quiteña y peruana (9,13), por pertenecer a sistemas de salud que apoyan integralmente al usuario y su conformidad con la atención recibida se reflejó en estas cifras; pero diferente al estudio en Nepal (20) que informaron 50,7% de participantes insatisfechos, en discrepancia con nuestro estudio por reporte de temor, discriminación, pésima comunicación, desinformación, carencia de respeto y confidencialidad en esta población; en análisis con asociación resultó ser la única con aumento de probabilidad pero sin significancia estadística, resultados similares a lo expuesto en un estudio quiteño (9) que no registró relación (OR: 2,55, IC 95%: 0,77-8,43, p: 0,09).



A continuación se presentan los 6 factores estudiados con IC no concluyentes y sin relación de riesgo principalmente atribuido al tamaño de la muestra que incluyeron: la condición socioeconómica en donde el grupo más frecuente tenían pobreza; en Quito, Guayaquil, Colombia, Camerún, Kenia y Nepal (6,9,11,14,20) concluyeron de la misma manera concordantes por compartir características socio demográficas; en cuanto a asociación tampoco se registró en el estudio colombiano (OR: 1,31, IC 95%: 0.76-2.24, p: 0.328) (14) y de Camerún (OR: 0,81, IC 95%: 0,60-1,09, p: 0.06) (6), porque pese a que personas de estas investigaciones tenían pobreza contaron con seguimiento del sistema de salud público, recibieron medicación sin costo con mayor probabilidad de informar inconvenientes en el tratamiento similar la población de la presente investigación.

En la mitad de participantes se prescribió TARV alternativo, similar a investigaciones nacionales (9,11); predominó el esquema a base de Lamivudina + Tenofovir + Dolutegravir y Tenofovir + Emtricitabina / Lopinavir + Ritonavir diferente a lo descrito en Perú y Colombia (13,14) donde se registraron Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz, resultados discordantes debido a que en estas zonas geográficas solo disponían de estos medicamentos; en Camerún (6) se priorizaron los inhibidores de transcriptasa inversa no nucleósidos; en el análisis de asociación, en Perú fue significativa (RP: 2,73, IC 95%: 1,24-6,00, p: 0,012) por inconformidad en la medicación (13); igualmente en Quito (OR: 3,55, IC 95%: 1,80-6,99, p: 0,00) (9) por número y efectos adversos; en Canadá (7) se demostró un aumento de probabilidad sin asociación (OR: 1,32, IC 95%: 1.01-1.73, p: 0,08) por efectos adversos; todos contradictorios por la vigilancia dada en el nuestro sin concluir relación.

Los efectos adversos presentaron alta frecuencia como en múltiples estudios (9,16,18,32,38,40); se observó que la alteración del metabolismo de lípidos fue la más representativa, resultados compatibles con un estudio realizado en España (18), ello debido a que existieron pacientes a los que se administró Ritonavir que fue al que más se atribuyó esta característica; una investigación peruana señaló predominante a la acidez y erupción cutánea (13), tomando en consideración que las personas recibieron Zidovudina + Lamivudina y Efavirenz; por su parte, un estudio quiteño (OR: 1,38, IC 95%: 1,07-1,78, p: 0,01) (9) y canadiense (OR: 1,30, IC 95%: 1,05-1,61, p: 0.02) (7) determinaron significancia porque por características



socio demográficas fueron menos tolerables a efectos adversos y condujo a abandono terapéutico; contradictorio al análisis en una población peruana (13) que no encontraron asociación (OR: 0,58, IC 95%: 0,33-1,02, p: 0,04).

Más de mitad de pacientes se encontraban en  $\leq$  de 5 años de diagnóstico y tratamiento, las cifras en Quito, Perú, Canadá, Kenia, Nepal (7,9,11,13,16,20,48) se registraron similares porque la mayoría de personas que han suspendido su terapéutica lo hicieron en etapas iniciales; en análisis de su asociación, la investigación quiteña no tuvo relación (OR: 1,011, IC 95%: 0,76-1,33, p: 0,93) (9) de igual manera la canadiense (OR: 0,93, IC 95%: 0,87-0,99, p: 0,03) (7), en concordancia al análisis de la presente investigación.

El diagnóstico de psicopatologías se estableció en la tercera parte de participantes, estudios en Perú, Suiza, Quito, Colombia (9,13,14,50) han demostrado similitud, además, en el presente existió predominio de depresión, con resultados similares a una investigación peruana (13) por ser la condición detallada fuertemente relacionada a falta de adherencia; en cuanto a la asociación, varios lo concluyeron como significativo en Colombia (OR: 3,33, IC 95%: 1,05-10,52, p: 0,04) (14), Suiza (OR: 1,58, IC 95%: 1,55-1,62) (50), Quito (OR: 2,80, IC 95%: 1,07-7,30) (9), contrariamente a lo observado en esta investigación, probablemente por las diferencias en grupo poblacional, tamaño de muestra, sumado al hecho a que los participantes de esta serie mantuvieron seguimiento con psicología y psiquiatría para trabajo en apego terapéutico, cumpliendo con lo protocolizado por la OMS (1) que ante la existencia de psicopatologías como predictores de incumplimiento se realice valoración psicológica temprana.

Esta investigación tuvo como limitación la subjetividad en las respuestas de los instrumentos que valoraron la falta de adherencia, condición socioeconómica y relación médico - paciente, pues aunque se aplicaron cuestionarios validados internacionalmente, los métodos indirectos cualitativos dependientes de respuestas de los pacientes pudieron sesgar las respuestas; otra limitante fue el diseño de investigación que no pudo relacionar causa efecto; así como la mínima muestra obtenida resultante de la pandemia actual, lo cual pudo relacionarse con la no significancia estadística; además, la falta de estudios realizados sobre esta





problemática a nivel local y en los últimos años limitó discusión con participantes de similares características socio demográficas.

La implicación práctica del estudio en salud pública radica en el hecho de que se reportaron cifras de falta de adherencia al tratamiento en VIH/SIDA en una población prioritaria no descritas localmente; además, se analizaron múltiples factores asociados relacionados con el incumplimiento del tratamiento de VIH, dejándose propuesto datos relevantes para futuros estudios y discusiones; al haber sido la mala relación médico paciente el único factor que demostró aumento de probabilidad, se deberá tener presente este fenómeno para reducir la causa de abandono terapéutico; en la investigación se entregó amplia bibliografía para continuar en análisis de otros factores y una vez identificados construir de manera individualizada y/o grupal estrategias e intervenciones.



## 10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 10.1. Conclusiones

- De los pacientes estudiados con VIH/SIDA predominaron adultos jóvenes, varones, mestizos, solteros, con instrucción secundaria y empleo.
- La prevalencia de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral con el cuestionario SMAQ en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Vicente Corral Moscoso fue elevada, similar a otros estudios; la mayor frecuencia según las preguntas del cuestionario fue por olvido en toma de medicación.
- Los factores asociados a falta de adherencia con mayor frecuencia fueron en condición socioeconómica: pobreza, esquema de tratamiento alternativo: Lamivudina + Tenofovir + Dolutegravir y Tenofovir + Emtricitabina / Lopinavir + Ritonavir, efecto adverso: alteración del metabolismo de lípidos, tiempo de diagnóstico y tratamiento  $\leq 5$  años, psicopatología: depresión, relación médico paciente: muy apropiada.
- Se demostró aumento en probabilidad pero no significancia estadística entre falta de adherencia y mala relación médico paciente; no se encontró relación con: efectos adversos, tiempo de diagnóstico y tratamiento  $\leq 5$  años, condición socioeconómica baja, esquema de tratamiento antirretroviral alternativo y psicopatología.

### 10.2. Recomendaciones

- Proponer estudios que abarquen otras características sociodemográficas para ampliar conocimiento de este grupo prioritario.
- Realizar pesquisa de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA que acudan a consulta externa.
- Identificar en consulta a pacientes con mala relación médica para vigilarlos y trabajar de manera multidisciplinaria en su mejora.
- Presentar nuevos estudios que incluyan otros factores asociados con falta de adherencia y una muestra más amplia para entender de mejor manera esta problemática.



## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [Suiza]: notas descriptivas; c 2002 [Actualizado 17 Jul 2021; citado 05 marzo 2019]. VIH/SIDA; [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
2. Organización de Naciones Unidas [Internet]. Nueva York: ONU SIDA; c 2008 [Actualizado 26 Jul 2018; citado 05 marzo 2019]. Sostenibilidad de la respuesta al VIH en América Latina; [aprox. 5 pantallas] Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july/sustaining-hiv-response-in-latin-america>.
3. Hader S. Monitoreo Global del Sida — indicadores para el seguimiento de la declaración Política [Internet]. Suiza: ONUSIDA; 2018 [Consultado 1 de junio de 2019]. Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-aids-monitoring\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf).
4. Organización Mundial de la Salud. [Internet] [Suiza]: Programa Mundial de VIH; c 2002 [Consultado 05 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics>.
5. Vance C. Guía de atención integral para adultos y adolescentes con infección por VIH/SIDA [Internet]. Ecuador: MSP; 2016 [Consultado 12 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GUIA-AT.ADULTOS-VIH.pdf>.
6. Boyer S, Clerc I, Bonono C, Marcellin F, Bilé P, Ventelou B. Non - adherence to antiretroviral treatment and unplanned treatment interruption among people living with HIV/AIDS in Cameroon: individual and healthcare supply - related factors. Soc Sci Med [Internet]. 2013 [Consultado 17 de septiembre de 2019]; 72(8):1383-92. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611001171>.
7. Moore D, Zhang W, Yip B, Genebat M, Lima V, Montaner J, et al. Non - medically supervised treatment interruptions among participants in a universally accessible antiretroviral therapy programme. HIV Med [Internet]. 2015 [Consultado 05 de marzo



de 2019]; 11(5):299-307. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1468-1293.2009.00779.x>.

8. Khatib Z, Ekstrom A, Ledwaba J, Mohapi L, Laher F, Karstaedt A, et al. Viremia and drug resistance among HIV-1 patients on antiretroviral treatment: a cross - sectional study in Soweto, South Africa. *Aids* [Internet]. 2014 [Consultado 17 de septiembre de 2019]; 24(11):1679-87. Disponible en: <http://insights.ovid.com>.

9. Jurado F. Factores asociados a adherencia en pacientes con VIH/SIDA, de la unidad de atención integral de personas viviendo con vih del Hospital General Enrique Garcés, Quito – Ecuador, julio a octubre 2014. ODUICAL [Internet]. 2015 [Consultado 16 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://bibliotecavirtualoducal.uc.cl/vufind/Record/oai:localhost:123456789-1431759>.

10. López M, María Y. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón. *Sem Scho* [Internet]. 2016 [Consultado 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-en-con-en-L%C3%B3pez-%C3%ADa/a850553d340353be8ccbd202c6155bc61e45208b>.

11. Villacres F, Ochoa J, Ruiz D. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital “Martin Icaza”. *Dom Cien* [Internet]. 2017 [Consultado 17 de septiembre de 2019]; 3(2):849-65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5889740>.

12. Paz C, Albán C, Rodríguez C. Evaluación del programa de prevención de transmisión vertical del virus de VIH en un hospital público. *Babahoyo - Ecuador. Multimed* [Internet]. 2017 [Consultado 15 de mayo de 2019]; 21(5):1-13. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/616>.

13. Leyva J, Loayza B, Palmieri P, Guevara M, Elias U, Edwards J, Feijoo M, Davila L, Rodriguez J, Leon E. Adherence to antiretroviral therapy and the associated factors among people living with HIV/AIDS in Northern Peru: a cross-sectional study. *AIDS Res Ther.* [Internet]. 2019 [Consultado 20 de marzo de 2020]; 28;16(1):22. Disponible



en: <https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12981-019-0238-y.pdf>.

14. Varela M, Hoyos P. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev Salud Pública [Internet]*. 2015 [Consultado 17 de septiembre de 2019]; 17(4):528-40. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n4/528-540>.

15. Orellana G, Morales M. Factores asociados a la adherencia al targa, en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central de las Fuerzas Policiales. *Rev. Fac. Med. Hum [Internet]*. 2019 [Consultado 17 de septiembre de 2019]; 19(1):76 Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe › DOI10.25176/RFMH.v19 .n1.1792>.

16. Silva R, Costa M, Souza V, Silva B, Costa C, Andrade I. Noncompliance in people living with HIV: accuracy of defining characteristics of the nursing diagnosis. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet]*. 2017 [Consultado 12 de septiembre de 2019]; 25(0). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-1692017000100386&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692017000100386&lng=en&tlng=en)

17. Mendoza M, Ferrando P, Álvarez M, Pascual M, Liñana G. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH: todavía queda mucho por hacer [Internet]. *ILAPHAR | Revista de la OFIL*. 2018 [Consultado 17 de septiembre de 2019]; 27(1): 45-78 Disponible en: <http://www.revistadelaofil.org/adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-en-pacientes-vih-todavia-queda-mucho-por-hacer/>.

18. Ventura J, Martín M, Morillo R, Yébenes M, Casado M. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España: estudio ARPAS. *Farm Hosp. [Internet]*. 2014 [Consultado 17 de septiembre de 2019]; 38(4):291-9. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-63432014000400005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000400005).

19. Tessema B, Biadlegne F, Mulu A, Getachew A, Emmrich F, Sack U. Magnitude and determinants of nonadherence and nonreadiness to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Northwest Ethiopia: a cross - sectional



study. *AIDS Res Ther* [Internet]. 2014 [Consultado 12 de septiembre de 2019]; 7(1):1-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1742-6405-7-2>.

20. Wasti S, Simkhada P, Randall J, Freeman J, Teijlingen E. Factors influencing adherence to antiretroviral treatment in Nepal: a mixed - methods study. *PLOS ONE* [Internet]. 2013 [Consultado 17 de septiembre de 2019]; 7(5):35-47. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0035547>.

21. Pefura E, Soh E, Kengne A, Balkissou A, Kuaban C. Non adherence to antiretroviral therapy in Yaounde: prevalence, determinants and the concordance of two screening criteria. *J Infect Public Health*. [Internet]. 2013 [Consultado 17 de septiembre de 2019]; 6(4):307-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23806707/>.

22. Valle M, Villacreces E, Chippe J, Palma M, Jarrin K. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/ Sida. [Internet]. *RECIMUNDO*. 2018 [Consultado 17 de septiembre de 2019]; 2(1):488-01. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/142>.

23. Eyassu M, Mothiba T, Mbambo N. Adherence to antiretroviral therapy among HIV and AIDS patients at the Kwa-Thema clinic in Gauteng Province, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. [Internet]. 2016 [Consultado 05 de marzo de 2019]; 8(2):1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27380858/>.

24. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [Consultado 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327115/>.

25. Pérez J, Polo R. Documento de consenso de GeSida / Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [Internet]. España: GESIDA; 2019 [Consultado 12 de marzo del 2019]; 1-133. Disponible en: [https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/01/gesida\\_DC\\_TAR\\_2019\\_v\\_final.pdf](https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2019/01/gesida_DC_TAR_2019_v_final.pdf).



26. Enriquez A. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017 [Internet]. Ecuador: MSP; 2017 [Consultado 17 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.healthresearchweb.org/files/Prioridades20132017.pdf>.
27. Universidad de Cuenca [Internet]. Cuenca-Ecuador: Investigación; c 2012 [Consultado 17 de septiembre de 2019]. Áreas de Investigación [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.ucuenca.edu.ec/investigacion>.
28. Pérez I, Pérez D, Compeán M, Satines M, Ortiz L. Efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y apego en pacientes con VIH de dos instituciones públicas. *Med Int Méx* [Internet]. 2016 [Consultado 12 de septiembre de 2019]; 32(4):396-406. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2016/mim164d.pdf>.
29. Pádua C, Braga L, Mendicino C. Adverse reactions to antiretroviral therapy: a prevalent concern. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2017 [Consultado 12 de septiembre de 2019]; 41(1):1-5. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34068?locale-attribute=es>.
30. Tucker J, Bien C, Easterbrook P, Doherty M, Penazzato M, Vitória M, et al. Optimal strategies for monitoring response to antiretroviral therapy in HIV - infected adults, adolescents, children and pregnant women: a systematic review. *AIDS* [Internet]. 2014 [Consultado 8 de agosto de 2019]; 28(2): 151-60. Disponible en: [https://www.who.int/hiv/pub/journal\\_articles/09\\_optimal\\_ARV\\_monitoring\\_strategies.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/journal_articles/09_optimal_ARV_monitoring_strategies.pdf).
31. Weaver E, Pane M, Wandra T, Windiyaningsih C, Herlina, Samaan G. Factors that Influence Adherence to Antiretroviral Treatment in an Urban Population, Jakarta, Indonesia. *PLoS ONE* [Internet]. 17 de septiembre de 2014 [citado 16 de septiembre de 2019]; 9(9): e107543. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168004/>.
32. Kioko M, Pertet A. Factors contributing to antiretroviral drug adherence among adults living with HIV or AIDS in a kenyan rural community. *Afr J Prim Health Care*



Fam Med [Internet]. 2017 [Consultado 17 de septiembre de 2019]; 9(1):1-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28828875/>.

33. Morillo R, Polo R. Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en terapia antirretroviral. Granja Hosp [Internet]. 2020 [Consultado 14 de abril de 2021]. 44(4):163-173. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-63432020000400008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432020000400008&lng=es). Epub 28-jun-2021. <https://dx.doi.org/10.7399/fh.11441>.

34. Tapp C, Milloy M, Kerr T, Zhang R, Guillemi S, Hogg R, et al. Female gender predicts lower access and adherence to antiretroviral therapy in a setting of free healthcare. BMC Infect Dis [Internet]. 2013 [Consultado 12 de septiembre de 2019]; 11:86. Disponible en: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-11-86>.

35. Peltzer K, Pengpid S. Socioeconomic factors in adherence to HIV therapy in low - and middle - income countries. J Health Popul Nutr [Internet]. 2013 [Consultado 13 de septiembre de 2019]; 31(2): 150-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702336/>.

36. Cardona D, Medina O, Herrera S, Orozco P. Adherence to antiretroviral treatment and associated factors in people living with HIV/AIDS in Quindío, Colombia. Rev Fac Med [Internet]. 2017 [Consultado 10 de septiembre de 2019]; 65(3):403-10. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/55535>.

37. Letta S, Demissie A, Oljira L, Dessie Y. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among adult people living with HIV and attending their clinical care, Eastern Ethiopia. BMC Int Health Hum Rights [Internet]. 2015 [Consultado 10 de septiembre de 2019]; 15:33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693416/>.

38. Protopopescu C, Raffi F, Roux P, Reynes J, Dellamonica P, Spire B, et al. Factors associated with non-adherence to long term highly active antiretroviral therapy: a 10





year follow - up analysis with correction for the bias induced by missing data. *J Antimicrob Chemother* [Internet]. 2019 [Consultado 13 de marzo 2019]; 64(3):599-606. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19602563/>.

39. Applebaum A, Richardson M, Brady S, Brief D, Keane T. Gender and other psychosocial factors as predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy in adults with comorbid HIV/AIDS, psychiatric and substance-related disorder. *AIDS Behav* [Internet]. 2018 [Consultado 13 de marzo 2019]; 13(1):60-65. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/23159255>.

40. Silva J, Dourado I, Brito A, Silva C. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [Consultado 16 de septiembre de 2019]; 31(6):1188-98. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S010211X2015000601188&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010211X2015000601188&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).

41. Alves M, Brites C, Sprinz E. HIV - associated lipodystrophy: a review from a brazilian perspective. *Ther Clin Risk Manag* [Internet]. 2014 [Consultado 14 de abril 2019]; 10(5):559-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4108257/>.

42. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient - doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* [Internet]. 2018 [Consultado 14 de abril de 2019]; 59(561):e116-133. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19341547/>.

43. Limaylla M, Ramos N. Métodos indirectos de valoración del cumplimiento terapéutico. *Cienc E Investig* [Internet]. 2016 [Consultado 14 de abril de 2019]; 19(2):95-101. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/farma/article/view/13635>.

44. Pagès N, Valverde M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm* [Internet]. 2018 [Consultado 14 de abril de 2019]; 59(3):163-172. Disponible en:



[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942018000300163&lng=es).

45. Simoni J, Huh D, Wilson I, Shen J, Goggin K, Reynolds N, et al. Racial/ ethnic disparities in ART adherence in the United States: findings from the Mach 14 study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999 [Internet]. 2015 [Consultado 16 de septiembre de 2019]; 60(5):466-72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3607367/>.

46. Semvua S, Orrell C, Mmbaga B, Semvua H, Bartlett J, Boule A. Predictors of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV infected patients in northern Tanzania. *PLOS ONE* [Internet]. 18 de diciembre de 2017 [Consultado 16 de septiembre de 2019]; 12(12):e0189460. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0189460>.

47. De Fatima P, Ceccato M, Rocha G, de Assis F, Campos L, Guimarães M. Gender differences in non - adherence among brazilian patients initiating antiretroviral therapy. *Clin Sao Paulo Braz* [Internet] 2013 [Consultado 11 de septiembre de 2019]; 68(5):612-20. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/clin/a/XFNMPGFBFQsM4Cr9hxRFdnm/abstract/?lang=en>.

48. Wakibi S, Nganga Z, Mbugua G. Factors associated with non adherence to highly active antiretroviral therapy in Nairobi, Kenya. *AIDS Res Ther.* [Internet]. 2014 [Consultado 17 de septiembre de 2019];8(2):1-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22141425/>.

49. Bezabhe W, Chalmers L, Bereznicki L, Peterson G, Bimirew M, Kassie D. Barriers and facilitators of adherence to antiretroviral drug therapy and retention in care among adult HIV - positive patients: a qualitative study from Ethiopia. *PLOS ONE* [Internet]. 2014 [Consultado 05 de marzo de 2019]; 9(5):e97353. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0097353>.

50. Uthman O, Magidson J, Safren S, Nachega J. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low, middle and high income countries: a systematic review and meta-analysis. *Curr HIV/AIDS Rep* [Internet]. 2014 [Consultado 10 de septiembre



de 2019]; 11(3):291-307. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4359613/>.

51. Van C, Oppen C, Van P. A patient doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry*. [Internet] 2014 [Consultado 1 de junio de 2019]; 26(2):115-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15038928/>.

## 12. ANEXOS

### Anexo 1. Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Escala
<b>VARIABLE INTERVINIENTE</b>			
<b>Sexo</b>	Características biológicas y fisiológicas que definen a varones y mujeres.	Cédula de identidad	NOMINAL 1) Mujer 2) Varón
<b>Edad</b>	Lapso transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o período que se estima de la existencia de una persona. Se agrupa según la clasificación de la OMS.	Tiempo en años cumplidos hasta la fecha, tomado de Cédula de identidad	NOMINAL 1) 18 – 35 años (adultos jóvenes) 2) 36 – 64 años (adultos) 3) ≥ 65 años (tercera edad)
<b>Estado civil</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio del parentesco, que estable ciertos derechos y deberes.	Relación legal tomado de cédula de identidad	NOMINAL 1) Soltero/a 2) Casado/a 3) Divorciado/a 4) Viudo/a 5) Unión Libre
<b>Etnia</b>	Característica física que distingue a una población de otra, también está asociada a rasgos culturales.	Identificación étnica tomado de cédula de identidad	NOMINAL 1) Mestiza 2) Blanca 3) Afroecuatoriana 4) Otra
<b>Instrucción</b>	Período en el cual se asiste a un programa de educación.	Número de años de estudios aprobados. 1. 0 años: Ninguna 2. 1 a 7 años: Primaria 3. 8 a 13 años: Secundaria 4. 14 y más: Superior	NOMINAL 1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Superior
<b>Ocupación</b>	Actividad remunerada que realiza el individuo.	Entrevista	NOMINAL 1) Empleo 2) Sin empleo
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>			
<b>Condición socioeconómica baja</b>	Atributo del hogar, compartido y extensible a todos sus miembros. Determinado por el conjunto de bienes”, según lo referido en el cuestionario.	Estratificación socio-económica según Graffar-Méndez Castellano	NOMINAL 1) Clase alta 2) Clase media 3) Clase media - baja 4) Pobreza 5) Pobreza crítica
<b>Tiempo de diagnóstico</b>	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la entrevista.	Tiempo en meses desde el momento del diagnóstico y la entrevista tomado de la historia clínica.	NOMINAL 1) > 5 años 2) < 5 años
<b>Tiempo en tratamiento antirretroviral</b>	Lapso transcurrido desde el inicio de la terapia hasta el momento de la entrevista.	Tiempo en meses desde el inicio de tratamiento antirretroviral hasta la fecha tomado de la historia clínica.	NOMINAL 1) > 5 años 2) < 5 años
<b>Esquema de tratamiento antirretroviral</b>	Grupo de fármacos asociados con el objetivo de abarcar un mismo tratamiento. Llámese preferido a aquel inicial y óptimo propuesto como más efectivo según el MSP. Llámese alternativo a aquel que se elige como segunda opción por presencia de efectos tóxicos importantes, se prevean interacciones farmacológicas, existan problemas de adquisición y suministro de fármacos u otras.	Tipo de esquema terapéutico establecido por la Guía Ecuatoriana de manejo de pacientes con VH/SIDA 1. Preferido: TDF+ FTC+ EFV 2. Alternativo: ABC + 3TC o AZT + 3TC o ATV o NVP tomado de la historia clínica.	NOMINAL 1) TDF+ FTC+ EFV 2) ABC + 3TC/LPV+RTV 3) AZT + 3TC/LPV+RTV 4) ATV 5) NVP 6) 3TC+TDF+DTG 7) TDF+FTC/LPV+RTV 8) DRV+RTV+DTG



<b>Efectos adversos</b>	Cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de las funciones fisiológicas.	Signos y síntomas reportados por el paciente y documentados en la bibliografía como producidos por el medicamento y así identificado por el personal de salud	NOMINAL 1) Síntomas gastrointestinales 2) Síntomas neurológicos 3) Anemia/enfermedades hematológicas 4) Cansancio/cefalea/astenia. 5) Lipodistrofia 6) Alteración del metabolismo de los lípidos 7) Hipersensibilidad 8) Pancreatitis 9) Otros 10) Ninguno
<b>Relación médico - paciente</b>	Relación formal o inferida entre un médico y un paciente que se establece una vez que el médico asume o se compromete a brindar atención médica o tratamiento a un paciente	Percepción del paciente de los aspectos de su interacción con el médico valorado con Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) (ver anexo 5)	NOMINAL 1) Nada apropiado 2) Algo apropiado 3) Apropiado 4) Bastante apropiado 5) Muy apropiado
<b>Psicopatología</b>	Presencia de condiciones o enfermedades psicológicas o psiquiátricas aunadas a un diagnóstico de VIH.	Psicopatologías reportada en la historia clínica tras valoración por psicología/psiquiatría.	NOMINAL 1) Depresión 2) Ansiedad 3) Abuso de sustancias 4) Otros 5) Ninguno
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>			
<b>Falta de Adherencia al tratamiento antirretroviral</b>	Grado de incumplimiento que tiene el paciente en su terapia antirretroviral y que se relaciona con la inefectividad del tratamiento.	Cuestionario SMAQ Adherente: Paciente que conteste "no" a las preguntas cualitativas 1, 3 y 4 y conteste "sí", a la pregunta cualitativa 2, además, en las preguntas cuantitativas tenga máximo una dosis olvidada en la última semana y máximo 1 día de olvido en los últimos 3 meses No adherente: paciente que conteste "sí", a las preguntas cualitativas 1, 3 y 4 y conteste "no" a la pregunta cualitativa 2, además, en las preguntas cuantitativas tenga "más de dos dosis olvidadas en la última semana" y/o "en los últimos tres meses más de dos días sin tratamiento".	NOMINAL 1) Adherente 2) No adherente

**Anexo 2. Formulario de consentimiento informado.**

Título de la investigación: Prevalencia y factores asociados a falta de adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en VIH/SIDA, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 - 2021.

Datos autor de la investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Autor de tesis	Adriana Carolina Machado Campoverde	0104644745	Universidad de Cuenca

**¿De qué se trata este documento?**

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el Hospital Vicente Corral Moscoso. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

**Introducción**

La adherencia al tratamiento antirretroviral es una conducta que favorece la salud de las personas que viven con VIH/SIDA y para conseguirlo se debe evaluar primero el nivel de adherencia y los factores que puedan influir en ello; esta valoración es, por tanto, un factor clave y prioritario en la práctica médica, que requiere la identificación en cada uno de los pacientes de los factores de los cuales depende su adherencia y la valoración de la misma. Usted ha sido escogido por tener más de 18 años, acudir a consulta externa de infectología y recibir tratamiento antirretroviral.

**Objetivo del estudio**

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia y factores asociados a falta de adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en VIH/SIDA, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 - 2021; que incluirá: caracterizar a la población según edad, sexo, instrucción, estado civil, etnia y ocupación; conocer el estado de adherencia al tratamiento antirretroviral mediante el uso de una escala validada; determinar y establecer la asociación de los factores con adherencia al tratamiento antirretroviral: condición socioeconómica, carga viral y conteo CD4, esquema de tratamiento antirretroviral, efectos adversos, tiempo de diagnóstico, tiempo en tratamiento antirretroviral, psicopatología y relación médico paciente.

**Descripción de los procedimientos**

El investigador recogerá la información mediante encuesta sociodemográfica elaborada para este estudio y escalas validadas; además se recolectarán datos de la historia clínica relacionado con su tratamiento antirretroviral. Será aplicada a 165 personas. Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, para lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad, ni tenga acceso a los datos personales. La información que se obtenga será confidencial, tomadas en un lugar alejado con presencia del investigador y en caso que amerite del médico o enfermera; no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, el cuestionario se identificará con un código que reemplazará su nombre y, por lo tanto será anónimo; posteriormente se archivará en un lugar seguro en donde solo el investigador tendrá acceso. Su nombre no será mencionado en reportes o publicaciones, una vez transcrito el cuestionario, será desechado.

**Riesgos y beneficios**



Al ser un estudio en cual se toman datos y no se realiza ninguna intervención no se consideró la existencia de riesgos mayores para los pacientes excepto a nivel emocional al conocer posteriormente los resultados; en caso de que existiese, el personal médico se encargará de brindar apoyo; el participante se beneficiará al conocer el nivel de adherencia de su tratamiento y será participe posteriormente a modificaciones para mejorarlo, además el personal de salud también podrá identificar al paciente con falta de adherencia y puntos débiles en el proceso de atención. Debe quedar claro de que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio, su participación es una contribución para la ciencia y el conocimiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral que se traducirá en mejorar la salud de nuestros pacientes identificando los factores determinantes.

#### **Otras opciones si no participa en el estudio**

Usted puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. En caso de no desear participar en este estudio, usted podrá retirarse sin acarrear perjuicio alguno.

#### **Derechos de los participantes**

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara.
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas.
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio.
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted.
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento.
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario.
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio.
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede.
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad).
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad).
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador.
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten.
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede.
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes.
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

#### **Información de contacto**

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0999049508 que pertenece al autor: Adriana Carolina Machado Campoverde o envíe un correo electrónico a [anitacdm@hotmail.com](mailto:anitacdm@hotmail.com).

#### **Consentimiento informado**

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.



---

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

---

Nombres completos del testigo (si aplica)

Firma del testigo

Fecha

---

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha





### Anexo 3. Cuestionario.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA**

“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN VIH/SIDA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2020-2021”

Somos estudiantes, médicos en formación de la especialidad de Medicina Interna en la Universidad de Cuenca. Estamos trabajando en una investigación relacionada con la prevalencia y factores asociados a falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Toda la información obtenida será estrictamente confidencial y las respuestas nunca serán identificadas. Ud. no está obligado a responder alguna pregunta que no quiera, y puede abandonar la entrevista en cualquier momento. ¿Puedo comenzar ahora?

**CUESTIONARIO NRO. \_\_\_\_**

**CODIGO: \_\_\_\_\_**

**FECHA: DÍA \_\_\_\_ MES \_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_**

#### **A. DATOS GENERALES**

1. **Sexo:** Femenino \_\_\_ Masculino \_\_\_
2. **Edad:** Años Cumplidos: \_\_\_\_
3. **Estado civil:** Soltero \_\_\_ Casado/a \_\_\_ Divorciado/a \_\_\_ Viudo/a \_\_\_ Unión Libre \_\_\_
4. **Etnia:** Mestiza \_\_\_ Blanca \_\_\_ Afroecuatoriano \_\_\_ Otra \_\_\_
5. **Nivel socioeconómico:** Alta \_\_\_ Media \_\_\_ Media Baja \_\_\_ Pobreza \_\_\_ Pobreza crítica \_\_\_
6. **Instrucción:** Ninguna \_\_\_ Primaria \_\_\_ Secundaria \_\_\_ Superior \_\_\_
7. **Ocupación:** Empleado \_\_\_ Sin empleo \_\_\_

#### **B. DATOS DE HISTORIA CLINICA**

1. **Tiempo de diagnóstico:** \_\_\_\_\_ (meses)
2. **Tiempo con el tratamiento antirretroviral:** \_\_\_\_\_ (meses)
3. **Tipo de esquema antirretroviral:**
  - a) TDF+ FTC+ EFV
  - b) ABC + 3TC/LPV+RTV
  - c) AZT + 3TC/LPV+RTV
  - d) ATV
  - e) NVP
  - f) 3TC+TDF+DTG



- g) TDF+FTC/LPV+RTV
- h) DRV+RTV+DTG

**4. Efectos adversos**

- a) Síntomas gastrointestinales
- b) Síntomas neurológicos
- c) Anemia/enfermedades hematológicas
- d) Cansancio/cefalea/astenia
- e) Lipodistrofia
- f) Alteración del metabolismo de los lípidos
- g) Hipersensibilidad
- h) Pancreatitis
- i) Otros
- j) Ninguno

**5. Psicopatología**

- a) Depresión
- b) Ansiedad
- c) Abuso de sustancias
- d) Otros \_\_\_\_\_
- e) Ninguno

**C. ADHERENCIA: TEST DE ADHERENCIA: CUESTIONARIO SMAQ.**

Responda estas preguntas:

**1** ¿Alguna vez olvidó tomar la medicación?:

- 1) Si: \_\_\_ 2) No: \_\_\_

**2** ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?:

- 1) Si: \_\_\_ 2) No: \_\_\_

**3** ¿Alguna vez dejó de tomar los fármacos porque se sentía mal?:

- 1) Si: \_\_\_ 2) No: \_\_\_

**4** ¿Olvidó tomar la medicación en el fin de semana?:

- 1) Si: \_\_\_ 2) No: \_\_\_

**5** En la última semana, ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis?

- 1) Ninguna: \_\_\_ 2) 1-2 dosis: \_\_\_ 3) 3 a 5 dosis: \_\_\_ 4) 6 a 10 dosis: \_\_\_ 5) Mas de 10 dosis: \_\_\_

**6** ¿Desde la última visita cuántos días completos no tomó la medicación?\_\_

**Interpretación final:** 1. Adherente: \_\_\_\_\_ 2. No adherente: \_\_\_\_\_

1. Se considera no adherente 1. sí, 2: no; 3; sí, 4: sí, 5: C, D o E, 6: más de dos días. El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.
2. La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa: A: 95-100% adhesión; B: 85-94%, C: 65-84%; D: 30-64% y E: <30%.

**D. RELACION MÉDICO PACIENTE**

- a) Nada apropiado
- b) Algo apropiado
- c) Apropiado
- d) Bastante apropiado
- e) Muy apropiado



**Anexo 4.** Estratificación socio - económica según Graffar - Méndez Castellano (1)

VARIABLES	PTS	ÍTEMES
Profesión del jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, banqueros, alta productividad.
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados (Primaria Completa).
	5	Obrero no especializado (Primaria Incompleta).
Nivel de instrucción de la Madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente.
	2	Técnica superior completa, Secundario completo.
	3	Secundario incompleto.
	4	Primario completo o alfabeta.
	5	Analfabeta.
Principal fuente de ingreso familiar	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Honorarios profesionales.
	3	Sueldo Mensual.
	4	Salario semanal, por día.
	5	Donaciones.
Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con gran lujo.
	2	Vivienda óptima con lujos sin excesos.
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

PUNTOS	CLASE	ESTRATO SOCIO-ECONOMICO
4 – 6	I	CLASE ALTA
7 – 9	II	CLASE MEDIA
10 – 12	III	CLASE MEDIA BAJA
13 – 16	IV	POBREZA
17 – 20	V	POBREZA CRÍTICA



### Anexo 5. Cuestionario de relación médico-paciente PDRQ - 9 (Patient-Doctor Relationship Questionnaire) (51)

Instrucciones: Usted va a leer nueve estados que una persona puede hacer acerca de su médico. Por favor seleccione la idoneidad de cada declaración para su médico mediante el marcado de un número por enunciado. El significado de los números es el siguiente: 1. Nada apropiado. 2. Algo apropiado. 3. Apropiado 4. Bastante Apropiado. 5. Muy apropiado.

1. Mi médico me ayuda	1	2	3	4	5
2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mí	1	2	3	4	5
3. Creo en mi médico	1	2	3	4	5
4. Mi médico me entiende	1	2	3	4	5
5. Mi médico se dedica a ayudarme	1	2	3	4	5
6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas	1	2	3	4	5
7. Puedo hablar con mi médico	1	2	3	4	5
8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico	1	2	3	4	5
9. Siento a mi médico fácilmente accesible	1	2	3	4	5

Interpretación: El resultado final se obtiene con la media de todas las respuestas.

### Anexo 6. Declaración de no conflicto de intereses.

---

#### DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES

---

Yo, Adriana Carolina Machado Campoverde con CI: 0104644745, autora del proyecto de Investigación “PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A FALTA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN VIH/SIDA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, 2020 - 2021.” Declaro no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero, ni académico que pueda influir en nuestro juicio. Declaro además, no haber recibido ningún tipo de beneficio monetario, bienes ni subsidios de alguna fuente que pudiera tener interés en los resultados de esta investigación.

### Anexo 7. Presupuesto.

RUBROS	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
<b>EQUIPOS</b>				
Impresora	Equipo	1	300	300
<b>MATERIALES / INSUMOS</b>				
Copias para formularios	costo/unidad	1.080	0,02	21,6
Esferográficos	costo/unidad	20	0,25	5
Tinta para impresión	costo/unidad	5	40	200
Anillados	costo/unidad	6	1,00	6,00
<b>INTERNET</b>				



Etapa	Costo/mensual	25	5	125
<b>TOTAL</b>	dólares			657,6

**Anexo 8. Cronograma de trabajo**

ACTIVIDADES	AÑO 1						AÑO 2												AÑO 3												
	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	
1. Revisión final del protocolo y aprobación	X	X	X	X	X	X																									
2. Diseño y prueba de instrumentos							X	X																							
3. Recolección de los datos.									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
4. Procesamiento y análisis de datos.																									X	X	X				
5. Elaboración del informe final.																												X	X	X	