

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Facultad Ciencias de la Salud

Enfermería X



FACTORES DE MAYOR INFLUENCIA EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL. FUNDACIONES EUDES Y RASA, MEDELLÍN.

Preparado por

Yeira Méndez Díaz

Eliana Pérez Sandoval

Mayerli Gamboa Vargas

Medellín, Colombia

2014



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE INVESTIGACIONES

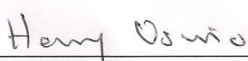
NOTA DE ACEPTACIÓN

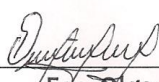
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: “Factores de Mayor Influencia en el Abandono del Tratamiento Antirretroviral, Fundaciones EUDES y RASA, Medellín”, elaborado por las estudiantes: MAYERLI GAMBOA VARGAS, YEIRA MÉNDEZ DÍAZ Y ELIANA PÉREZ SANDOVAL, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

Aprobado: Sobresaliente

Medellín, Junio 9 de 2014

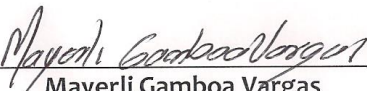

Mg (c). Milton Andrés Jara
Presidente

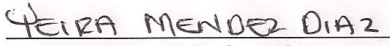

Mg. John Henry Osorio
Secretario

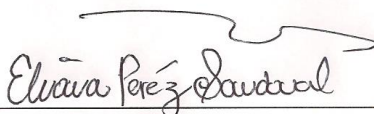

Esp. Olga García
Vocal



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA


Mayerli Gamboa Vargas
Estudiante


Yeira Méndez Díaz
Estudiante


Eliana Pérez Sandoval
Estudiante

COORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS EN EL REPOSITORIO

INSTITUCIONAL (RI)

A QUIEN INTERESE:

Mediante el presente instrumento, actuando en nombre propio como autores de la obra que entregamos a la Institución, conferimos a la Corporación Universitaria Adventista, institución universitaria sin ánimo de lucro, de carácter privado, con Personería Jurídica del Ministerio de Educación Nacional, expedida por la Resolución 8529, del 6 de junio de 1983, una licencia de difusión no exclusiva limitada sobre la obra que se integra a dicha institución de educación superior, la cual entrará en vigencia en la fecha en la cual se integre al RI, por un periodo de dos (2) años, prorrogables en forma indefinida.

La obra sujeta a la presente será utilizada estrictamente con fines educativos, científicos y culturales, al tenor de lo establecido en la Ley 23 de 1982, la Ley 44 de 1993, la Decisión Andina 351 de 1993 y demás normas generales sobre protección de derechos de autor.

Los autores expresamos que la obra es de su autoría y se realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, obra sobre la que tienen los derechos que autorizan y sobre la cual asumen todas las responsabilidades atinentes al contenido de la misma ante la Corporación Universitaria Adventista y ante terceros.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Los autores conceden autorización a la Corporación Universitaria Adventista para convertir la obra al formato que el RI requiera e incluir la obra en los buscadores e índices necesarios para su difusión.


Los autores podrán dar por terminada la licencia elevando la solicitud por escrito a la Corporación Universitaria Adventista, con una antelación de dos (2) meses.

Si la obra ha recibido algún patrocinio o apoyo por parte de alguna organización, los autores garantizan que han cumplido los derechos y obligaciones adquiridos con ellos. En el caso de obras de varios autores, todos deberán firmar.


Para constancia, firmamos:

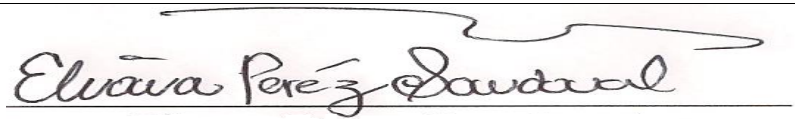
Fecha de entrega: 11 de Junio del 2014

Título de la obra: FACTORES DE MAYOR INFLUENCIA EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. FUNDACIONES EUDES Y RASA, MEDELLÍN.

Nombre:	Yeira Méndez Díaz
Documento de identidad:	1063361538
Dirección:	Crr 86a N 35C-47 Medellín, Antioquia
Teléfono:	Cel: (57) 3207013247
Correo electrónico:	yemeaz@hotmail.com
Firma:	

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Nombre:	Mayerli Gamboa Vargas
Documento de identidad:	1128430876
Dirección:	Cra 45 N 86 -68 Medellin, Antioquia
Teléfono:	Cel: (57) 3146675281
Correo electrónico:	Mayerli09@gmail.com
Firma:	

Nombre:	Eliana Pérez Sandoval
Documento de identidad:	CC: 1012367791 DE BTA
Dirección:	CR 86 A # 35 C- 47 APTO 201 Barrio Cristobal La América
Teléfono:	(574) 2526090
Correo electrónico:	eliana11890@hotmail.com
Firma:	

Agradecimientos

En primer lugar agradecemos a Dios, por darnos la sabiduría, paciencia, entendimiento y la capacidad de ejercer este proyecto. De igual manera queremos mencionar a los docentes asesores de la investigación de la UNAC, la enfermera Olga García, y el enfermero Jhon Henry. A quienes nos gustaría expresar el más profundo agradecimiento, por su paciencia, tiempo y dedicación para hacer posible esta investigación.

A la Corporación Universitaria Adventista, por contribuir con nuestra formación profesional, también a la fundación EUDES y RASA por permitir el desarrollo de nuestra investigación, y a las personas que fueron parte en el instrumento del estudio, por contribuir al cumplimiento de nuestros objetivos.

Dedicatoria

Dedicamos este proyecto a Dios y a nuestros padres, por brindarnos apoyo moral y económico durante la construcción de esta investigación, depositando su entera confianza en nosotras. A todas y cada una de las personas que de alguna u otra manera, contribuyeron en lograr esta meta, y que nos han permitido crecer intelectualmente.

Introducción

Según lo han reportado diferentes datos estadísticos sobre el VIH. Actualmente en el mundo hay alrededor de 40 millones de personas infectadas, y se calcula que en Colombia hay unas 30001 personas en tratamiento con antirretrovirales, pero se estima que deberían ser unas 50820 las personas que deberían estar en tratamiento con terapia antirretroviral. Es decir que, en Colombia hay 20819 personas con diagnóstico de VIH, que se encuentran sin tratamiento antirretroviral. Por otra parte en Antioquia hay 3553 personas infectadas por VIH/SIDA, por esta razón es considerada una problemática social debido a que en Colombia, las Entidades Prestadoras de Servicios de la salud, (EPS) son las responsables de la gestión farmacéutica para la entrega de los medicamentos, consultas de los pacientes por parte del médico e infectólogo y seguimiento de la adherencia del tratamiento para garantizar el mismo ya que son medicamentos de alto costo que se deben reportar por normatividad.

Además en algunos países ya se ha abordado el tema, puesto que existen estudios, que muestran algunos de los factores determinantes en la falta de adherencia a la terapia antirretroviral. Mientras que los estudios de adherencia en Colombia son muy limitados, por ejemplo en Medellín no hay evidencia de estudios previos sobre el abandono del tratamiento antirretroviral. Así mismo es importante investigar sobre el abandono o la no adherencia al tratamiento antirretroviral, porque si no hay una buena adherencia al tratamiento estos, llegan a ser ineficaces por la aparición de resistencias o favorecer la mayor virulencia de la enfermedad.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

De ahí la trascendencia de que la enfermera indague sobre los posibles factores que influyen en el abandono del tratamiento antirretroviral ya que esta profesión tiene como principal objeto el cuidado del ser humano, por ende, “Enfermería debe identificar los posibles factores de riesgo del paciente sobre su adherencia y trabajar soluciones junto a la persona. Lo cual puede resultar favorecedor, a la hora de recabar la máxima información para que la propia persona busque solución a aquellas situaciones que motivan el olvido y/o la omisión de las tomas del medicamento”. Carballo (2004), (p. 22).

RESUMEN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Corporación Universitaria Adventista

Facultad: Ciencias de la Salud

Programa: Enfermería

Título: FACTORES DE MAYOR INFLUENCIA EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. FUNDACIONES EUDES Y RASA, MEDELLÍN.

Nombre de los integrantes del grupo:

Eliana Pérez Sandoval

Mayerli Gamboa Vargas

Yeira Méndez Díaz

Sigla del título académico y nombre de los asesores: EP

Jhon Henry Osorio Castaño

Olga Elena García

Fecha de terminación del proyecto: 20 de Abril del 2014

Problema

La epidemia mundial de infección por VIH/SIDA es un problema conocido por todos debido a la incidencia notablemente marcada de las cifras de VIH/SIDA en los últimos años. Según la OMS se calcula que en el mundo la cantidad de infectados sobrepasa los 40 millones de personas y en América Latina la situación es igualmente preocupante con cifras que rodean los dos millones de casos. El informe mundial de avances de lucha contra el SIDA Colombia (2012) reporta que el país tiene 75620 casos en los últimos 26 años con afectación mayor del grupo etario de 20 a 39 años y un estimado de prevalencia general de 0,5% que equivale a unas 150.000 personas con VIH/SIDA. Según el Ministerio de Protección Social en Antioquia hay aproximadamente 3553 personas infectadas con el VIH/SIDA y, para la ciudad de Medellín, los datos obtenidos de infección son de 320 casos reportados en el 2012.

Por ello, es importante abordar sobre el tratamiento antirretroviral de las personas que conviven con VIH/SIDA; para indagar, sobre las razones del abandono y la adherencia al tratamiento. Se ha encontrado que los fármacos para la terapia antirretroviral se han convertido en una actividad compleja que requiere de un conocimiento y compromiso continuo a la hora de tomar el medicamento. Por ello el presente trabajo pretende analizar e identificar los distintos factores que influyen en el abandono, adherencia y el mal cumplimiento terapéutico; enfatizando en el factor más influyente de las personas seropositivas al VIH/SIDA.

Método

La investigación se desarrolló en la fundación EUDES Y RASA de la ciudad de Medellín, durante el periodo de julio a octubre de 2013; La cual tiene un enfoque cuantitativo transversal; se utilizó una muestra total de 37 pacientes, donde la mayoría son hombres homosexuales solteros, con edades entre los 30 a 49 años, estrato tres, de régimen contributivo y con estudios universitarios o técnicos. Los criterios de inclusión fueron ser personas mayores de edad; con diagnóstico médico de VIH, que estuvieran en tratamiento antirretroviral. El método utilizado para la recolección de la información fue la encuesta, aplicando el respectivo consentimiento informado. Previo a esto se realizó una prueba piloto al 10% de la población para validar el instrumento y la confiabilidad del mismo.

El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS, anterior a esto se construyó una base de datos en Excel para vaciar la información. El plan de análisis de los datos se estableció así: distribuciones de frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas y estadísticas descriptivas para las variables cuantitativas, se realizó análisis de bivariados a través de tablas de dos por dos para identificar la asociación entre los factores de riesgo y el evento. La medida estadística utilizada fue el OR. Este proyecto tuvo una duración de 14 meses y su inicio se dio en febrero de 2013 y finalizó en abril del 2014.

Resultados

Al realizar los cálculos de asociación entre variables para identificar factores de riesgo o de protección en relación al abandono del tratamiento, se encontró que ninguna se relacionó de forma estadísticamente significativa. Solo las variables escolaridad (OR: 4.8 IC95% (0.98-24.12) y ocupación (OR: 0.28 IC95% (0.07-1.10) se acercaron a ser un factor de riesgo y de protección específicamente.

Conclusiones

Finalmente en nuestra investigación, no se encontraron los resultados esperados debido a que no se hallaron los factores que influyen en el abandono del tratamiento antirretroviral en los pacientes de las fundaciones EUDES y RASA de la ciudad de Medellín, debido a que el tamaño de la muestra utilizada no fue suficiente. Se recomienda que para futuras investigaciones, se tome una muestra más grande, para que los resultados estadísticos puedan ser más relevantes y se puedan obtener los factores influyentes en el abandono del tratamiento antirretroviral.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	VII
DEDICATORIA	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
PROBLEMA	X
MÉTODO	XI
RESULTADOS	XII
CONCLUSIONES	XII
CAPÍTULO UNO - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
<i>Formulación del Problema.....</i>	<i>4</i>
<i>Objetivo General</i>	<i>4</i>
Objetivos Específicos.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	4
<i>Viabilidad y Factibilidad del Estudio.....</i>	<i>7</i>
Consecuencias de la Investigación.....	7
CAPÍTULO DOS – MARCO TEÓRICO	9
MARCO REFERENCIAL	9
<i>Marco Disciplinar de enfermería.....</i>	<i>14</i>
Principales conceptos de la teoría.....	15
Visión integral del cliente.....	15

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Concepto integral.....	16
Entorno.	16
Entorno creado.....	16
Estructura básica.....	16
Entrada y salida.	17
Retroalimentación.....	17
Negentropía.	17
Entropía.	17
Estabilidad.	17
Elementos estresantes.....	17
Bienestar.	18
Enfermedad.....	18
Línea normal de defensa.....	18
Línea flexible de defensa.....	18
Líneas de resistencia.....	19
Grado de reacción.....	19
Prevención como intervención.	19
Reconstitución.	19
Metaparadigma de la teoría.	20
Persona.	20
Enfermería.	20
Salud.	20
Entorno.	21
Uso de la práctica profesional.	21

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Aportes en la formación.	22
Aportes en la investigación.....	22
MARCO CONCEPTUAL.....	23
Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. ..	23
Clasificación.	24
Tratamiento.	25
Miranda Odir (2010), define a los Antirretrovirales:	25
Clases de medicamentos antirretrovirales.	26
Adherencia al tratamiento.	28
La OMS (2011) define:	28
Barreras de la adherencia.	28
Abandono total.	30
Abandono parcial.	30
MARCO LEGAL	30
MARCO INSTITUCIONAL	30
<i>Sistema de Hipótesis</i>	33
<i>Sistema de Variables</i>	34
Variable uno.	34
Variable dos.....	34
CAPÍTULO TRES – METODOLOGÍA	36
TIPO DE INVESTIGACIÓN	36
<i>Población y Muestra</i>	36
<i>Recolección de la información</i>	36

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Método.....	36
Tabla 1.....	38
Presupuesto.....	38
Tabla 2.....	39
Cronograma.....	39
ELABORACIÓN DEL CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..	40
CAPITULO CUATRO - ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	41
RESULTADOS	41
<i>Factores sociodemográficos.....</i>	<i>41</i>
<i>Características relacionadas con la enfermedad y el tratamiento.....</i>	<i>44</i>
<i>Características del abandono del tratamiento antirretroviral.....</i>	<i>46</i>
VARIABLES DE ABANDONO TOTAL O PARCIAL DEL TRATAMIENTO.....	46
<i>Razones de abandono y no abandono del tratamiento.....</i>	<i>47</i>
<i>Características Psicosociales de los Pacientes Entrevistados.....</i>	<i>48</i>
CON EL FIN DE REALIZAR UN MEJOR ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS VARIABLES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, SE DECIDIÓ CRUZAR ALGUNAS VARIABLES CON RELACIÓN AL VARIABLE ABANDONO DEL TRATAMIENTO.	50
<i>Características Sociodemográficas con Relación al Abandono.</i>	<i>50</i>
<i>Características del Régimen de Seguridad Social SGSSS en Relación con el Abandono.</i>	<i>52</i>
<i>Características asociadas con la enfermedad y el tratamiento en relación con el abandono.....</i>	<i>53</i>
<i>Variable apoyo durante la enfermedad en relación con el abandono del tratamiento.....</i>	<i>54</i>

<i>Variables del consumo de sustancias psicoactivas en relación con el abandono.....</i>	<i>57</i>
CAPITULO CINCO – CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES.....	58
DISCUSIÓN.....	58
CONCLUSIÓN	60
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS	64
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	71
<i>Anexo 1. Operacionalización de variables.....</i>	<i>71</i>
<i>Anexo 2. Consentimiento informado.</i>	<i>78</i>
<i>Anexo 3. Encuesta.....</i>	<i>79</i>
<i>Anexo 4. Cuadros de salidas de resultados.....</i>	<i>85</i>
Variables.....	85
Cruce de variables.	103
<i>Anexo 5. Calculo de saludas del OR.</i>	<i>138</i>

ÍNDICE DE TABLA

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Tabla 1.

Presupuesto.....38

Tabla 2.

Cronograma.....39

Tabla 3

Características socio demográficas: Orientación sexual, estado civil y edad.....41

Tabla 4

Características Sociodemográficas: Escolaridad, ocupación y afiliación régimen
SGSSS.....43

ÍNDICE DE GRAGICA

Grafica 1

Abandono total y/o parcial de tratamiento.....47

Grafica 2

Razones de abandono y no abandono.....48

Grafica 3

Distribución absoluta de la escolaridad en relación con el abandono.....50

Grafica 4

Distribución absoluta de la escolaridad en relación con el abandono.....51

Grafica 5

Distribución absoluta de la ocupación en relacionado con el NO abandono.....52

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Grafica 6

Distribución absoluta del apoyo en relación con el abandono del tratamiento.....54

Grafica 7

Distribución absoluta de la depresión en relación con el abandono.....57

Capítulo uno - Planteamiento del problema

Descripción del Problema

La epidemia mundial de infección por VIH/SIDA es un problema conocido por todos debido a la incidencia notablemente marcada de las cifras de VIH/SIDA en los últimos años. Según la OMS se calcula que en el mundo la cantidad de infectados sobrepasa los 40 millones de personas y en América Latina la situación es igualmente preocupante con cifras que rodean los dos millones de casos. Asimismo, el informe mundial de avances de lucha contra el sida Colombia (2012) reporta que el país tiene 75620 casos en los últimos 26 años con afectación mayor del grupo etario de 20 a 39 años (p.20) y un estimado de prevalencia general de 0,5% que equivale a unas 150.000 personas con VIH/SIDA. En este mismo informe, se menciona que durante el año 2011 se reportaron 6687 casos de VIH/SIDA de los cuales el 72% corresponden a hombres y el 28% restante a mujeres afectando en mayor medida el grupo etario de 25 a 34 años (p.24).

Por otra parte no se encontraron datos de la continuidad del tratamiento a 12, 24 y 60 meses después de haberlo iniciado, asimismo tampoco se tiene una cifra estimada de aquellas personas que conviven con VIH sin saberlo. De igual manera es importante abordar las cifras que presenta Antioquia, ya que es la población enfocada para la realización de la investigación. Según el Ministerio de Protección Social en Antioquia hay aproximadamente 3553 personas infectadas con el VIH/SIDA y, para la ciudad de Medellín, los datos obtenidos de infección son de 320 casos reportados en el 2012; datos reportados en el comunicado de

prensa de la directora de salud Seccional de Antioquia Luz María Agudelo Suárez, quien menciona que la relación de la afección de la ciudad es de dos mujeres por cada ocho hombres.

De igual forma, existen actualmente varios estudios en los que se analizan algunos factores que podrían influir en la adherencia a la terapia antirretroviral como son las dificultades que tienen los pacientes para tener una buena adherencia al tratamiento antirretroviral y los aspectos que favorecen la adherencia. Entre estos estudios está “Barreras y facilitadores de la adherencia a la terapia antirretroviral en Nepal” y “Barreras y aspectos facilitadores de la adherencia a la terapia antirretroviral en Bello Horizonte, Brasil”. Por otro lado, actualmente en Antioquia no se han realizado estudios en los cuales se determine la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR). Por esta razón, nos hemos motivado a realizar esta investigación para identificar cual es el factor más influyente en el abandono del tratamiento antirretroviral.

Por consiguiente, es importante abordar sobre el tratamiento antirretroviral de las personas que conviven con VIH /SIDA; para indagar de esta forma, sobre las razones del abandono y la adherencia al tratamiento. Se ha encontrado que los fármacos para la terapia antirretroviral se han convertido en una actividad compleja que requiere de un conocimiento y compromiso continuo a la hora de tomar el medicamento, y de ahí la importancia de llevar un estricto control durante el tratamiento, sin embargo estos tratamientos no han tenido un éxito rotundo; por esta razón el personal de salud debe investigar sobre la adherencia y cumplimiento de los tratamientos antirretrovirales en las personas que conviven con

VIH/SIDA, debido a que la mayoría de las personas comienzan el tratamiento pero no lo continúan; por consiguiente la efectividad del tratamiento se ve reducida y el abandono es más evidente.

Enfermería es la profesión que tiene como objeto de estudio el cuidado del ser humano, lo cual la hace indicada para identificar y atender las posibles causas de no adherencia a los tratamientos. Es así como Carballo (2004), declara que:

Enfermería debe identificar los posibles factores de riesgo del paciente sobre su adherencia y trabajar soluciones junto a la persona. Lo cual puede resultar favorecedor, a la hora de recabar la máxima información para que la propia persona busque solución a aquellas situaciones que motivan el olvido y/o la omisión de las tomas del medicamento (p. 22).

Por lo anteriormente mencionado, el presente trabajo pretende analizar e identificar los distintos factores que influyen en el abandono, adherencia y el mal cumplimiento terapéutico; enfatizando en el factor más influyente de las personas seropositivas al VIH/SIDA. Teniendo en cuenta que en esta problemática, el personal de enfermería es quien debería abordar la educación sobre la importancia de la adherencia al tratamiento antirretroviral y sus posibles complicaciones generadas por los efectos secundarios de la medicación y el abandono de tratamiento. Por esta razón la enfermera debería tener un espacio en la consulta con el paciente que convive con VIH/SIDA, para brindarle educación en cuanto al tratamiento, adherencia y seguimiento del mismo.

Formulación del Problema

1. ¿Cuáles son los factores que influyen en el abandono de los tratamientos antirretrovirales de pacientes con VIH/SIDA en las fundaciones EUDES y RASA de Medellín, Antioquia durante el año 2013?

Objetivo General

Identificar los factores que influyen en el abandono del tratamiento antirretroviral de las personas que conviven con el VIH/SIDA de las fundaciones EUDES y RASA de la ciudad de Medellín durante el año 2013.

Objetivos Específicos.

1. Describir las características socio demográficas de las personas que conviven con VIH/SIDA.
2. Determinar los principales factores que influyen en el abandono del tratamiento antirretroviral.
3. Analizar la relación de los factores identificados con el abandono del tratamiento.

Justificación

El VIH/SIDA es una de las enfermedades que actualmente ha causado mayor impacto al mundo desde su aparición adquiriendo una gran trascendencia por el hecho de que no se ha logrado encontrar una cura para esta enfermedad. La razón de esta incurabilidad es la capacidad que tiene el virus para modificar el ADN y replicarse y es por esto sólo se ha logrado combatir a través de tratamientos antirretrovirales que dificultan la multiplicación viral y retrasan la aparición del SIDA. Lamentablemente dichos tratamientos son de un elevado costo y su éxito depende en gran parte de una buena adherencia, y un cumplimiento estricto del tratamiento por parte del paciente para lograr una mayor efectividad.

Para llevar a cabo esta investigación se contará con colaboración de las fundaciones de la ciudad de Medellín llamadas EUDES y RASA, en las que se podrá interactuar con las personas que conviven con el VIH/SIDA y de esta forma analizar e identificar qué factores influyen en el abandono del tratamiento y cuál de éstos ejerce mayor influencia.

El Observatorio Nacional para la Gestión del VIH reporta en su informe de lucha contra el VIH que aproximadamente hay unas 30001 personas en tratamiento con antirretrovirales pero se estima que deberían ser unas 50820 las personas que deberían estar en tratamiento con terapia antirretroviral - TAR (Pág. 40). Además, la cobertura de TAR para el Régimen Contributivo fue 87,6%, para el régimen Subsidiado fue del 62,2% y para la población no asegurada el dato fue de 69,6% lo cual demuestra que no hay una cobertura total al acceso del tratamiento de VIH/SIDA (Pág. 50).

Por lo mencionado anteriormente podríamos decir que en Colombia aún hay personas sin recibir tratamiento antirretroviral, llevándonos a profundizar sobre el tema y a cuestionarnos

sobre la adherencia y el abandono al tratamiento. Es así como adquiere suma importancia el hecho de resaltar que actualmente en el Plan Obligatorio de Salud de Colombia (POS) tiene incluido tanto el tratamiento con antirretrovirales, como el seguimiento clínico, de laboratorio y el acceso a prevención y manejo de las complicaciones causadas por la enfermedad, como así lo refirió la directora de salud. De ahí la importancia de indagar las razones por las cuales no hay una correcta adherencia al tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA en Colombia y de esta manera evitar las posibles complicaciones del abandono del tratamiento que empeoran el estado de salud de los pacientes.

Según la OMS (2011), las consecuencias de la falta de adherencia, empeora la calidad de vida de la persona, impide el control de la enfermedad, genera una mayor probabilidad de recaídas y agravamiento, puede inducir a la aparición de efectos secundarios o intoxicaciones, puede aumentar las posibilidades de fallecimiento, supone un incremento de los recursos socio-sanitarios, desde un punto de vista médico, puede hacer que los tratamientos lleguen a ser ineficaces por la aparición de resistencias o favorecer la mayor virulencia de la enfermedad. Para evitar todas estas complicaciones durante el tratamiento por la no adherencia a este; se debe cumplir estrictamente la terapia farmacológica.

Debemos recalcar de lo anteriormente dicho, que una inadecuada adherencia al tratamiento conlleva al desarrollo de resistencias, limitando o haciendo fracasar la eficacia del tratamiento, ya que una caída de las concentraciones del fármaco por debajo de las concentraciones mínimas efectivas permite al virus continuar su replicación y establece las condiciones ideales para el desarrollo de resistencia. (p. 19).

Con base en esto, se puede decir que para conseguir una correcta adherencia al tratamiento es necesario que la persona esté convencida de la necesidad de tomar la medicación, tenga

conocimiento de cómo ingerirlo y cómo reaccionar ante sus potenciales efectos adversos. Por ende, parte del éxito terapéutico depende de su grado de compromiso e interiorización a la adherencia al tratamiento. “ la adherencia al tratamiento implica entonces múltiples comportamientos simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento” (Varela, Salazar y Correa, 2008, p.104).

Viabilidad y Factibilidad del Estudio

Para que este estudio sea viable se contará con la colaboración de las fundaciones EUDES y RASA la cuales trabajan apoyando la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA, además se realizarán entrevistas en algunos de los pacientes y del equipo asistencial. Por ende se cuenta con los recursos humanos, teóricos y financieros necesarios para llevar a cabo la investigación.

Consecuencias de la Investigación.

Con el estudio se identificará los factores que más influyen en el abandono de los tratamientos antirretrovirales altamente eficaces, dando a conocer cuáles son las problemáticas que existen a nivel social en salud y de cierta forma fortaleciendo en la educación de aquellas personas que viven con el VIH/SIDA, motivándolos a que continúen el tratamiento a lo largo del tiempo sin perjudicar su integridad emocional y respetando su situación; además, siendo prudentes a la hora de interactuar con ellos y garantizando la confidencialidad de la

información proporcionada por estas personas. Por consiguiente, al realizar el estudio se procurará identificar la relación entre el paciente y el equipo asistencial, también se podrá identificar la importancia que debe existir en la atención del paciente por parte de un equipo multidisciplinario.

Palabras claves: Adherencia, tratamiento antirretroviral, abandono, VIH y SIDA.

Capítulo Dos – Marco Teórico

Marco Referencial

En el estudio realizado por Mugusi F. (2009) titulado: *Enhancing adherence to antiretroviral therapy at the HIV clinic in resource constrained countries; the Tanzanian experience* (Mejoramiento de la adherencia a la terapia antirretroviral en la clínica de VIH en los países con recursos limitados, la experiencia de Tanzania) y cuyo objetivo era evaluar las diferentes estrategias dirigidas a aumentar la adherencia de la terapia antirretroviral, se encontró que un aconsejamiento persistente y continuo sobre el no abandono del tratamiento en las diferentes clínicas puede ser efectivo para mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral en los pacientes.

Por su parte, Peñarrieta y Kendall en su estudio sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México realizado en el 2009 mencionan que los factores influyentes en la no adherencia al tratamiento están relacionados con los que dependen del individuo, de la enfermedad y del tratamiento. Entre estos están: no guardar el medicamento en un lugar específico, tener una pobre percepción de su salud actual y considerar difícil el manejo de su tratamiento.

De manera similar, el estudio realizado en el 2004 por Gallego, Marco, Silva, titulado causas de abandono del tratamiento antirretroviral (TAR) y eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de la adherencia muestra que las principales causas de abandono

fueron el olvido y/o la intolerancia al tratamiento; además, la única variable que se asoció significativamente a menor reinicio y cumplimiento del tratamiento fue la adicción a sustancias psicoactivas en los pacientes.

Otra investigación significativa que menciona las diferentes estrategias para mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral fue realizada por Ramón, Ravasi, Sedlacek Tamara (2011), y esta se titula: experiencias exitosas en el manejo de la adherencia al tratamiento antirretroviral en Latinoamérica. El estudio se convirtió en una herramienta de discusión para todos los integrantes del equipo de salud en la atención de pacientes con VIH debido a las estrategias usadas tales como: el uso de alertas informáticas, estrategias de apoyo telefónico, la información brindada sobre el uso de los medicamentos en el momento de la entrega de los mismos en el servicio farmacéutico lo cual favoreció la adherencia gracias a la información suministrada con respecto a los medicamentos, a las enfermedades, a la promoción y a la educación terapéutica para mejorar el tratamiento antirretroviral.

Así como se realizó una búsqueda de investigaciones que identifican factores que favorecen la adherencia, de la misma manera se buscaron estudios que hablaran de los factores que dificultaran la adherencia. Es así como el siguiente estudio titulado factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH, realizado por Estrada, Martínez y Abadía en el 2008, muestra las barreras que dificultan la adherencia a la terapia, las cuales son: usar activamente drogas o alcohol, tener enfermedad mental activa como la depresión, inhabilidad de los pacientes para identificar sus

medicamentos, falta de acceso a servicios médicos y a servicios de salud adecuados y presentar efectos colaterales de la medicación, entre otros.

En la investigación realizada por Astuvilca, Villavicencio, Sotelo, Gutierrez (2007), la cual se titula: incidencia de reacciones adversas de los medicamentos antirretrovirales inicial en pacientes VIH/SIDA, buscaba identificar los factores asociados a las reacciones adversas al medicamento, se encontró que en los pacientes consumidores de alcohol y drogas, así como aquellos que iniciaron tratamiento cuando cursaban una etapa avanzada de SIDA tenía una mayor probabilidad de eventos adversos graves y amenazantes graves y amenazas para la vida de los pacientes.

Por otra parte, en la investigación realizada por Etard, Laniece, Basty, Fall, Cilote en el 2007 y que titularon: *A 84-month follow up of adherence to HAART in a cohort of adult Senegalese patients* (Seguimiento de 84 meses de la adherencia a los TAR en una cohorte de pacientes Senegaleses adultos), se expresó la adherencia como la proporción de pastillas tomadas sobre el número de pastillas prescritas. De esta manera se determinó que el factor influyente en el abandono del tratamiento es el incumplimiento farmacológico el cual está dado por la no toma de las pastillas según lo prescrito por el médico.

Continuando con las investigaciones que mencionan aspectos relacionados con el incumplimiento en la terapia antirretroviral, se encuentra el estudio realizado por Deribe, Hailekiros, Beyene (2008) “morosos del tratamiento antirretroviral en el Hospital de la Universidad Especializada de Jimma, sudoeste de Etiopía” en la cual se determinó que los

factores asociados al incumplimiento del tratamiento son los factores nutricionales, las enfermedades mentales, la falta de agua, la falta de dinero para el transporte, las enfermedades oportunistas asociadas, al consumo de drogas (cocaína, cannabis y heroína), todos los anteriores se asociaron con incumplimiento del tratamiento. Estos hallazgos permiten a los investigadores proponer como soluciones las siguientes: asesoramiento para disminuir el incumplimiento de los tratamientos antirretrovirales, la educación sobre el uso de las drogas ilícitas y el consumo excesivo de alcohol.

En cuanto a Barreras y facilitadores, se encontraron algunas investigaciones, una de ellas se titula *Barriers to and facilitators of antiretroviral therapy adherence in Nepal: A qualitative study* (barreras y facilitadores de la adherencia a la terapia antirretroviral en Nepal: un estudio cualitativo), realizado por Sharada P, Wasti et (2012) en el que se han encontrado las siguientes dificultades para la adherencia al tratamiento: barreras económicas, problemas en el acceso a los servicios de salud, la dificultad en el acceso a los servicios de transporte, la religión (musulmanes e hindúes) y los efectos secundarios que la medicación produce. Entre los facilitadores que más se resaltan en este estudio son: el apoyo familiar, el cuidado del personal de salud y la percepción sobre la salud que ofrece la terapia TAR.

Otro estudio encontrado en el cual se aborda el tema de la adherencia es *Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG* (Barreras y aspectos facilitadores de la adherencia a la terapia antirretroviral en Belo Horizonte, Brasil) realizado por Walquíria J.S, Eliane F,D et (2012) en el cual se encontraron las siguientes barreras: la primera relacionada con los cambios en la vida cotidiana y rutinas diarias, debido

a los horarios rígidos de la medicación y a los programas o servicios clínicos para pacientes que conviven con VIH; los factores económicos por el costo del desplazamiento para llegar a los centros de atención y el uso de alcohol. La segunda barrera encontrada se relaciona con las creencias personales sobre el VIH, respecto a la transmisión del virus, la falta de información sobre este y la falta de conciencia sobre la importancia del tratamiento antirretroviral. La última barrera está relacionada con la medicación y la percepción de los efectos colaterales que éstos conllevan y los medicamentos que necesitan cuidados especiales como refrigeración.

Es importante abordar las diferentes investigaciones y estudios ya realizados sobre los factores que están íntimamente relacionados con el abandono del tratamiento antirretroviral pues nos permiten ubicarnos en el contexto y en la elaboración de una mejor exploración de algunos de los factores que podríamos encontrar en los pacientes de EUDES y RASA en Medellín.

En cuanto a lo disciplinar es trascendental hablar sobre el rol que desempeña la enfermera en la adherencia al tratamiento antirretroviral, ya que es de suma importancia a la hora de brindar apoyo y educacional paciente así como lo recalca; (Gloria Sepúlveda Carrillo, 2009) en su investigación titulada; Características sociodemográficas y determinantes de adhesión terapéutica antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en dos instituciones de Bogotá. Mencionan que, el profesional de enfermería que intervenga en el equipo interdisciplinario encargado de los pacientes con tratamiento antirretroviral debe tener una alta calificación y profesionalidad, que conlleve a que se genere una confianza mutua con el paciente y se logre entablar una relación terapéutica que beneficie la adecuada adhesión al

tratamiento antirretroviral. La relación del enfermera con el paciente le permite de manera confidencial, detectar problemas tanto físicos, psíquicos y socio-familiares entre otros.

Por otra parte (Graciela Servín Ruiz, 2010) en la guía de enfermería para la atención de las personas con VIH /SIDA de México, menciona la intervención de enfermería en el apoyo emocional. Resaltando la función de la enfermera que es muy importante, porque en la mayoría de las ocasiones es el primer contacto; por lo tanto, es crucial una actitud humana y saber escuchar de forma atenta y respetuosa para ganarse la empatía del paciente. Además esta guía indica algunas de las estrategias para brindar apoyo a la persona y la familia como; a) difundir, educar y comunicar a los integrantes de la familia sobre signos y síntomas de urgencia para evitar enfermedades oportunistas. b) sensibilizar y orientar a la familia para eliminar el estigma y la discriminación, brindar educación higiénico-dietética fundamentada en la condición socioeconómica y cultural de la persona. c) explicar la importancia de la adherencia al tratamiento. d) apoyo anatómico que incluye cómo “ayudar a bien vivir”, es decir, ofrecer apoyo, orientación y atención al paciente para mejorar su calidad de vida de acuerdo con sus necesidades.

Marco Disciplinar de enfermería.

Como referente disciplinar de enfermería se tomó la teoría de modelo de sistemas de Betty Neuman en donde al relacionarlo con esta investigación, se podría decir que la entrada de este sistema es el tratamiento antirretroviral en donde los diferentes factores y características de la adherencia o abandono interactúan con el paciente que convive con VIH/SIDA produciendo una retroalimentación que a su vez arroja como salida el abandono total o parcial del tratamiento y/o

una correcta adherencia por parte del paciente. A continuación se menciona más información sobre el modelo de sistemas de Neuman.

El modelo de sistemas de Neuman está basado en la teoría general de sistemas y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos. Esta teoría afirma que los elementos que conforman una organización interaccionan entre sí. En este además se sintetiza el conocimiento a partir de varias disciplinas e incorpora sus propias creencias filosóficas y la experiencia de la teórica como enfermera, en especial en cuanto al desarrollo en el campo mental. Dicho modelo aprovecha elementos de la Teoría de Gestalt el cual describe la homeostasis como un proceso a partir del cual un organismo se mantiene en equilibrio, y que toma al individuo como el ser encontrado en el campo entorno- organismo y que la conducta de este depende de la relación del individuo con el campo en que se encuentra. La teórica también fundamentó su teoría bajo el significado de estrés a cargo de Selye, el cual definió el estrés como la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda que se le haga y con este se aumenta la necesidad de reajuste, es por esto que el estrés se sintetiza en la demanda no específica de la actividad además los constituyentes del mismo reconocidos como agentes estresantes son estímulos tanto positivos como negativos y que derivan del estrés que produce una subsecuente tensión.

Los conceptos que Neuman utilizó para el desarrollo de su teoría más que basados en la investigación se forjaron por teorías ya consolidadas.

Principales conceptos de la teoría.

Visión integral del cliente.

El modelo de Neuman plantea un sistema dinámico y abierto en pro del cuidado del cliente, que en un principio fue creado para proporcionar un centro unificador con el objetivo de definir

el problema que aqueja a la enfermería y por tanto entender mejor al cliente cuando interacciona con el entorno

Concepto integral.

El cliente es considerado como un todo cuyas partes interactúan entre sí en una forma dinámica. Este modelo considera que cada una de las variables afecta al mismo tiempo al sistema del cliente, en este sentido elementos de tipo fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y carácter espiritual, esta última incluida en la segunda edición de su libro.

Sistema abierto

Sistema en el cual los elementos constituyentes de este intercambian la energía de la información en una organización completa. En este sentido, el estrés y la reacción al mismo se constituyen en elementos básicos del sistema abierto.

Entorno.

Fuerzas internas y externas que afectan y son afectadas por el cliente y que en cualquier momento conforman el entorno.

Entorno creado.

Movilización inconsciente del cliente de todas las variables del sistema hacia la integración, la estabilidad y la integralidad.

Estructura básica.

Comprende los factores de supervivencia comunes a las especies tales como características innatas o genéticas.

Entrada y salida.

Materia, energía e información que se intercambian dentro del sistema, entre el cliente y su entorno.

Retroalimentación.

Salida del sistema en forma de materia, energía e información que sirve de retroalimentación para la futura entrada y la acción correctora con la intención de cambiar, potenciar o estabilizar el sistema.

Negentropía.

Consiste en el proceso de utilización de la energía el cual favorece la progresión del sistema en pro de la estabilidad y el bienestar.

Entropía.

Proceso de agotamiento y desorganización de la energía y que lleva al sistema a la enfermedad e inclusive la muerte.

Estabilidad.

Estado en el cual el sistema del cliente, soporta con éxito los elementos estresantes, es decir, puede mantener un nivel adecuado de salud, con el objetivo de conservar la integralidad del sistema.

Elementos estresantes.

Corresponden a estímulos que producen tensión en los límites del sistema del cliente. Estos pueden ser; fuerzas interpersonales, las cuales tiene su lugar dentro del individuo. Entre estas las respuestas condicionadas, fuerzas interpersonales, las cuales tiene lugar en uno o más individuos,

es decir singulares o plurales. Entre ellas las expectativas del rol y las fuerzas extra personales, las cuales se dan al exterior del individuo. Entre ellas las circunstancias económicas

Bienestar.

Este existe cuándo las partes que conforman el sistema del cliente interactúan en armonía y satisfacen las necesidades del mismo.

Enfermedad.

Corresponde a la falta de armonía entre las partes que constituyen el sistema, esto como resultado de las necesidades no satisfechas en diferentes grados.

Línea normal de defensa.

Corresponde al círculo del sistema, que se encuentra en el exterior del mismo y presenta una línea continua. Esta representa estabilidad tanto para el individuo como para el sistema. Esta se mantiene a lo largo del tiempo y sirve como un estándar para valorar las posibles desviaciones del bienestar normal del cliente. Dicha línea incluye varias y conductas propias del sistema, tales como patrones habituales de control del individuo, estilo de vida y estadio de desarrollo.

Línea flexible de defensa.

Corresponde al círculo exterior de línea discontinua del modelo. Dicho círculo es dinámico y puede resultar afectado en forma rápida y en un corto periodo de tiempo. Este se distingue como un amortiguador de protección el cual evita que los elementos estresantes crucen la línea normal de defensa y alteren el estado normal de bienestar.

Líneas de resistencia.

Son las series de círculos de líneas intermitentes que rodean la estructura central básica. Estos círculos representan los factores de recursos los cuales ayudan al cliente a defenderse de un elemento estresante.

Grado de reacción.

Corresponde a la cantidad de energía necesaria para que el cliente se adapte a los elementos estresantes.

Prevención como intervención.

Corresponde a las acciones determinadas que conllevan a que el cliente retenga o consiga la estabilidad. Estas pueden producirse posterior o anterior a la penetración de la línea de defensa específicamente en las fases de reacción y de reconstitución. Es por esto que Neuman plantea en su modelo que está de acuerdo con iniciar la intervención cuando se sospecha la existencia de un elemento estresante o este ya ha sido confirmado. Este tipo de intervenciones se basan en el grado real de reacción, los recursos, los objetivos y los resultados previstos. Neuman plantea la intervención en tres niveles: Primario, Secundario y Terciario.

Reconstitución.

Consiste en el estado de adaptación a los elementos estresantes tanto en un entorno interno como externo. Este se puede dar en cualquier grado o nivel de reacción e ir más allá o estabilizarse por debajo de la línea normal de defensa que presentaba el cliente anteriormente. Dentro de este se incluyen los factores interpersonal, intrapersonal, Extra personal y el factor del entorno interrelacionado con las variables del sistema del cliente (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual).

Metaparadigma de la teoría.

Persona.

En este modelo el concepto de persona se concibe como cliente/sistema cliente el cual puede ser un individuo, una familia, un grupo, una comunidad o un problema social. El sistema cliente considerado como un compuesto dinámico de interrelaciones entre factores fisiológico, psicológico, sociocultural, de desarrollo y espiritual se considera también que el cliente cambia o se mueve constantemente y se observa como el sistema abierto que interacciona recíprocamente con el entorno.

Enfermería.

Para Neuman la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad. Se considera a la enfermería como una profesión única y que se ocupa de todo aquello que la respuesta del individuo frente al estrés. En esta aplica la percepción que se tenga sobre esta la cual influye en el cuidado suministrado, es por esto que Neuman destaca la percepción de cuidador y cliente, para lo cual desarrollo una herramienta de valoración e intervención con el objetivo de facilitar la tarea en relación a la percepción.

Salud.

Neuman define la salud como un movimiento continuo del bienestar a la enfermedad, dinámico y sujeto a un cambio constante. En este sentido el bienestar o estabilidad óptimos son indicadores de que las necesidades en su totalidad han sido satisfechas. Es así como el individuo se encuentra constantemente expuesto al dinamismo sea en bienestar o en enfermedad y que se puede dar en diferentes grados y espacios.

Entorno.

Neuman considera tanto al entorno como a la persona como fenómeno básico en su modelo de sistemas. Espacio en el que ambos mantienen una relación recíproca. El entorno entendido como los factores internos y externos que rodean o interaccionan con la persona y el cliente. Es por esto que los elementos estresantes son de real importancia para el concepto de entorno y son descritos como las fuerzas del entorno que interaccionan con la estabilidad del sistema y puedan alterarla

En el modelo de sistemas se identifican tres tipos de entornos: Interno, Externo y Creado. El entorno interno corresponde al aspecto intrapersonal e incluye todas las interacciones que suceden al interior del cliente.

El entorno externo es interpersonal o extrapersonal e incluye todas las interacciones que suceden en el exterior del cliente.

El entorno creado es aquel que se desarrolla inconscientemente y el cliente lo utiliza con el fin de mejorar la capacidad de control protectora, dicho entorno se caracteriza por ser dinámico e intrapersonal, en él se movilizan todas las variables del sistema con el objetivo de crear un efecto aislante que proporciona al paciente un estado de control frente a la amenaza que proviene de los elementos estresantes del entorno, modificando la identidad o la situación. Además Neuman utilizó en su modelo la lógica inductiva y deductiva.

Uso de la práctica profesional.

El uso del modelo de Neuman brinda a los profesionales del área de la enfermería la facilidad en la elaboración de planteamientos totales, unificados y dirigidos hacia un objetivo para el cuidado del cliente, además da cierto grado de multidisciplinariedad que tiene como objetivo la no fragmentación en el cuidado del cliente. Es por esto que Neuman desarrolló diversos

instrumentos con el objetivo de brindar una mayor aplicabilidad de su modelo, instrumentos que le sirven al profesional de la enfermería para valorar e intervenir al cliente visto esto desde el punto de prevención como intervención y aplicación de un proceso enfermero, este último integrado por diagnósticos enfermeros, objetivos enfermeros y resultados enfermeros.

Aportes en la formación.

El modelo de Sistemas de Neuman ha sido frecuentemente utilizado como guía de referencia para los planes de estudios en enfermería enfocados en el bienestar. Frecuentemente utilizado en la formación de profesionales de enfermería en países principalmente como Estados Unidos y en otros en un menor grado como Australia, Canadá, Dinamarca, Inglaterra, Corea, Kuwait, Portugal, Taiwán, Holanda y Japón.

Aportes en la investigación.

El modelo de Sistemas de Neuman ha servido como marco conceptual para investigaciones publicadas recientemente sobre clientes o pacientes a lo largo de su vida, sobre profesionales de la enfermería y personas que actúan como cuidadores y sobre la formación y la administración de profesionales de la enfermería. Los siguientes son estudios que han usado la teoría de Neuman como: Marlett en su investigación sobre lactancia y cáncer de mama hizo uso del modelo de Neuman, Monahan haciendo uso del modelo investigo a 140 mujeres embarazadas drogadictas con el fin objetivo de describir características sociales y demográficas, las conductas de riesgo de enfermedades de transmisión sexual, cuidado prenatal y tratamiento frente a la drogadicción, Gigliotti apoyado en el modelo de Neuman estudio el rol en las mujeres que al mismo tiempo son madres y estudiante con el objetivo de determinar el nivel de estrés al desarrollar este múltiple rol. Otra Autora que también utilizo el modelo de Neuman es Doherty con ayuda del modelo de sistemas realizo un estudio de maltrato conyugal desde la mirada de una mujer afroamericana.

Marco Conceptual

En el siguiente capítulo se describen algunos conceptos básicos sobre el VIH/SIDA y su tratamiento farmacológico con énfasis en la adherencia de la terapia, por lo cual es importante tener claro los siguientes conceptos para poder entender el mecanismo de acción del fármaco frente al virus, puesto de la resistencia de este, favorece el abandono del tratamiento.

Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Tagueña y Tonda (2006) definen: “El VIH es el virus de la inmunodeficiencia humana, es miembro de la familia de virus conocida como Retroviridae y está clasificado en la Subfamilia de los lentivirus. Este virus tiene una estructura esférica con proyecciones exteriores en forma de hongo; además tiene la propiedad de poseer un periodo de incubación prolongada antes de la enfermedad, infectando las células de la sangre, sistema nervioso y suprime el Sistema Inmunitario” (p.1).

Otra de las características que distingue a los retrovirus según Tagueña y Tonda (2006), es la capacidad de transformar su información genética, que está en forma de ARN en ADN proceso de Transcripción Inversa mediante una enzima que poseen, conocida como Transcriptasa Inversa, esto hace que el virus, no pueda ser detectado como un intruso por las defensas ya que entra en las células, cambia el material genético y así se logran reproducir muchas copias sin que sea percibido, (p. 2) lo que da a entender que esta característica viral

hace al virus prácticamente sea indetectable para el sistema inmune y de esta forma evita ser atacado por éste.

La infección humana por este virus produce una compleja enfermedad denominada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; en la cual la función del Sistema Inmunológico se encuentra insuficiente, designada al organismo humano a una serie de infecciones y enfermedades “oportunistas”, es aquí donde el virus logra invadir completamente el organismo. El modo de transmisión del VIH es por contacto sexual, contacto con secreciones y por vía perinatal.

Clasificación.

Tagueña y Tonda (2006), clasifican al virus de la siguiente forma: VIH-1 y VIH-2, el primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, que recibió los nombres de LAV y HTLV-III por parte de los dos equipos que estaban investigando el agente etiológico del sida durante la primera mitad de la década de 1980. El VIH-1 es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental. (pág. 3)

Según esta clasificación se puede observar, que el tipo de VIH, que es más agresivo y afecta la mayor parte del mundo y principalmente al continente americano es el VIH-1.

Tratamiento.

Miranda Odir (2010), define a los Antirretrovirales:

Un antirretroviral es un medicamento que evita la reproducción del VIH.

Actualmente existen combinaciones de antirretrovirales que logran detener casi por completo el avance del VIH, consiguiendo, con el tiempo, que no se detecte en la sangre y muchos otros tejidos del cuerpo. Desafortunadamente, en ciertas zonas; como el cerebro; hay virus muy difíciles de eliminar (p 115).

Por eso, aunque es posible lograr que no sean detectables en sangre, si se interrumpe el tratamiento, los virus que quedan en estas zonas más difíciles se reproducen, volviendo a hacerse presentes en todo el cuerpo por ello se enfatiza en la importancia de seguir adecuadamente el tratamiento antirretroviral.

El éxito del tratamiento depende muy directamente de un cumplimiento a un 100% de la toma de estos medicamentos, sin saltarse ninguna dosis y respetando las horas de las tomas con bastante precisión. Iniciar un tratamiento antirretroviral implica un compromiso riguroso y responsable, el paciente debe ser consciente que padece una enfermedad crónica y que el tratamiento es a largo plazo (de por vida), teniendo en cuenta que este le podría causar algunas molestias en su bienestar (p 145).

Nuevamente, Miranda Odir (2010) afirma que:

Los antirretrovirales dificultan la reproducción del virus VIH. Aunque eso puede parecer poca cosa, deteniendo la reproducción del VIH se hace muy difícil que una persona seropositiva (positiva al VIH) llegue a desarrollar las enfermedades que llamamos oportunistas (llamadas así porque se aprovechan que hay una alteración en las células de defensas del sistema inmune).

Actualmente es posible inhibir casi por completo la reproducción del VIH utilizando combinaciones de tres o más antirretrovirales. Al suprimir la reproducción del virus, no sólo se reduce la posibilidad de progresar en la enfermedad, sino que permitimos al cuerpo ir reconstruyendo las defensas dañadas. El proceso de recuperación inmunológica (nuestro sistema de defensa) es muy lento y requiere años manteniendo el virus en niveles indetectables” (p 231).

Clases de medicamentos antirretrovirales.

1. Inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa: Actúan sobre la enzima transcriptasa inversa, incorporándola a la cadena de ADN que crea el virus. Con ello, esa cadena se vuelve defectuosa e impiden que el virus se reproduzca. Son los siguientes: Zidovudina, abacavir, didanosina, estavudina, lamivudina y tenofovir.

2. Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa: Bloquean directamente la acción de la enzima y la multiplicación del virus. Son los siguientes: efavirenz, nevirapina y etravirina.

3. Inhibidores de la proteasa: Actúa sobre la enzima proteasa, bloqueando su acción e impidiendo la producción de nuevas copias de células infectadas por el VIH. Son los siguientes: amprenavir, atazanavir, darunavir, indinavir, lopinavir/r, nelfinavir, ritonavir y saquinavir.

4. Inhibidores de la fusión: Impiden la entrada de virus a la célula, con lo que no puede reproducirse. La enfuvirtida pertenece a este grupo.

5. Inhibidores de la integrasa: Bloquean la actividad de la enzima integrasa, responsable de la inserción del ADN del VIH en el ADN humano (código genético de la célula). De esta manera inhibe la replicación del virus y su capacidad de infectar a nuevas células. El raltegravir es un ejemplo de este que solo sirve para la infección del virus VIH

1.(p.13,14)

Adherencia al tratamiento.

La OMS (2011) define:

La adherencia a un tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo de tratamiento indicado.

La importancia de la adherencia es fundamental para el tratamiento del VIH por dos razones: Tener una buena adherencia al tratamiento ayuda a mejorar el estado de salud de la persona y a evitar el aumento de la carga viral. Cuando una persona se salta una dosis del medicamento, aunque sea sólo una vez, el virus tiene la oportunidad de reproducirse más rápidamente. El mantener la multiplicación del virus al mínimo es fundamental para prevenir las enfermedades relacionadas con el SIDA y la muerte; otra importancia de la adherencia al tratamiento contra el VIH, es que ayuda a prevenir la resistencia al medicamento. Cuando se salta una dosis, pueden aparecer cepas del VIH resistentes al medicamento que está tomando y aun a los medicamentos que todavía no ha tomado. Esto le puede dejar con menos opciones de tratamiento en caso de que necesite en el futuro cambiar los regímenes terapéuticos. Debido a que las cepas resistentes a los medicamentos se pueden transmitir a otros, los comportamientos riesgosos pueden ocasionar consecuencias graves” (p.4)

Barreras de la adherencia.

La OMS (2011), menciona que el problema de la adherencia afecta a todos los agentes del sistema sanitario; afecta al paciente porque éste tiene desconocimiento de la enfermedad, tiene

dificultad para entender las pautas del médico, tiene miedo a los posibles efectos adversos, no siente ni percibe el riesgo que representa para su salud, tiene bajas expectativas de mejora y su implicación en la toma de decisiones sobre su salud, es escasa.

Afecta al profesional sanitario por la dificultad para adaptar el tratamiento a la realidad y necesidades del paciente y porque no se cuenta con suficiente tiempo para atender las consultas, afecta al sistema sanitario por la dificultad del sistema para favorecer la mayor formación y las escasas medidas de intervención efectivas para mejorar la adherencia, afecta al tratamiento por la complejidad del tratamiento: administración de varios medicamentos, terapias prolongadas, fracaso de tratamientos previos, Cambios en la terapia prescrita.

La OMS describe los siguientes errores encontrados a la hora de llevar una buena adherencia al tratamiento como lo son: a) los olvidos, si no se tiene bien definido el horario para la ingesta de un medicamento, coincidiendo con horas clave (desayuno, comida, etc.) existe un 80% de probabilidad de olvidar tomarlo, b) Equivocaciones cuando se tienen que ingerir 2 ó 3 medicamentos diferentes sin llevar un registro de lo que se va tomando hay un riesgo constante de error, c) Repetición de dosis, es un error frecuente en las personas que olvidan o confunden la hora a la que deben ingerir los medicamentos y a veces, toman una doble dosis de los mismos.

En los anteriores conceptos se explica todo el proceso de la enfermedad, desde su inicio, proceso fisiopatológico, tratamiento, importancia de la adherencia a la terapia antirretroviral

para mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen VIH y se describen algunas de las barreras que impiden que los pacientes tengan una buena adherencia al tratamiento.

Abandono total.

Se considera abandono total cuando la persona suspende totalmente todos los medicamentos indicados para el tratamiento.

Abandono parcial.

Se considera abandono parcial cuando la persona suspende solo algunos de los medicamentos indicados durante su tratamiento.

Marco Legal

Como marco normativo se toma el decreto 1543 de 1997; del 12 de Julio, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de la inmunodeficiencia (SIDA) y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Marco Institucional

En esta sección se abordará la misión, la visión y los objetivos de las fundaciones EUDES y RAZA en la cual se desarrollará la investigación.

La Fundación EUDES en cabeza del Padre Bernardo Vergara Rodríguez trabaja en la ayuda de personas que viven con el VIH/SIDA desde 1988, gestionando la formación de hogares donde se pueda brindar un espacio de amor y respaldo que la sociedad ha negado.

En septiembre de 1993 en Bogotá llega a la Fundación la primera niña infectada, un bebé remitida del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), abandonada por sus progenitores y que al ser encontrada se le diagnosticó no sólo el síndrome de Down, sino también el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Dicha entidad se comunicó con el Padre Bernardo porque manejar esta enfermedad era complicado y no existía en el país institución alguna dedicada a atender un caso con estas características. Unos meses más tarde ya eran cinco los niños remitidos por el ICBF al igual que una madre infectada que se encontraba embarazada y finalmente dio a luz en la fundación. Ese bebé nació en la Fundación y todas estas personas vivían y estaban al cuidado del mismo personal que atendía los adultos y de los mismos internos que vivían con el virus, por este motivo el Padre Bernardo, vio la necesidad de crearles un espacio propio en donde crecieran con todas las bases de los demás niños y supliendo las necesidades de su enfermedad.

El primero de Diciembre de 1994 nace el hogar Verónica en honor a la primera niña que falleció en la Fundación, a sus escasos 4 meses de edad. A partir de entonces la Fundación EUDES hogar verónica de la ciudad de Bogotá asume una gran responsabilidad social, institucional y médica para responderle al país y a las instituciones el voto de confianza depositado.

Las relaciones con los vecinos del lugar que al principio fueron tirantes se tornaron en armónicas gracias a la divulgación que hace la Fundación sobre el VIH/SIDA, su prevención y manejo, esta fundación decide extenderse hacia Medellín, Antioquia, impulsando así la creación y labor de EUDES en Medellín por medio del hogar Arca que es destinado para niños y el hogar Juan Esteban para adultos vulnerables portadores de esta enfermedad.

La Fundación EUDES indaga sobre la procedencia de los niños para tratar de encontrar un pariente por lejano que este sea, que actué como acudiente del menor así la Fundación se haga cargo del pequeño, si el acudiente no puede o no quiere hacerse cargo del menor mediante un proceso legal, encarga el niño a la Fundación y esta le informará de todos los procesos tanto evolutivos como de decadencia del niño; También existe el caso de internos adultos que han vivido la mayor parte de su vida en la Fundación y dejan al fallecer sus hijos a cargo de esta, en todos los casos la permanencia de los niños está debidamente diligenciada con los entes gubernamentales encargados. Actualmente en el hogar Juan Esteban la cual trabaja brindando apoyo, acogiendo a personas adultas en su mayoría hombres de la calle portadores del VIH/SIDA; mejorando así la calidad de vida de estas personas.

La fundación RASA es una organización privada sin ánimo de lucro dedicada especialmente en la protección de los derechos de los usuarios del sistema general de salud, contemplados dentro de la normativa vigente, entendiendo la SALUD como un derecho universal, en el que deben prevalecer los principios de equidad, solidaridad, oportunidad, calidad e inclusión.

Esta fundación trabaja como una organización no gubernamental en conexión con el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Una entidad reconocida a nivel nacional por su activa participación en pro del mejoramiento del desarrollo de actividades relacionadas con la protección de los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia.

Tienen como misión velar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios del Sistema General de Salud, vigilando su acceso a los servicios médicos contemplados a través de la normativa vigente. Por medio de la incidencia de los escenarios de tomas de decisiones en la política de salud de Colombia. Asesorar al usuario en materias de garantías y derechos en el acceso a los servicios de salud. Servir como soporte a la población en general, y de manera especial a las personas diagnosticadas con enfermedades consideradas como alto costo. La fundación RASA acoge a todo tipo de personas y en particular aquellas que han tenido dificultades con las EPS para obtener el tratamiento antirretroviral.

En su gran mayoría, los pacientes de RASA son hombres jóvenes y adultos cuyas preferencias sexuales son personas del mismo sexo. Los servicios que prestan son: asesoramiento en los servicios de salud, asesoramiento en sistemas de pensiones, veeduría ciudadana en salud.

Sistema de Hipótesis

El factor que más influye en el abandono de la terapia antirretroviral es el consumo de alcohol.

Sistema de Variables

Variable uno.

Factores propios de la enfermedad y del tratamiento farmacológico: el tiempo de diagnóstico, razones por las cuales el paciente expresa que ha abandonado el tratamiento, razones por las cuales el paciente no ha abandonado el tratamiento tiempo que lleva en tratamiento, tiempo de abandono del tratamiento, si el abandono fue total o parcial, cuantas veces ha abandonado el tratamiento, número de tabletas que se toma durante el día.

Variable dos.

Los factores que influyen de forma individual en la adherencia del tratamiento antirretroviral en las personas VIH seropositivas como lo son: los factores sociodemográficos como la edad, género, orientación Sexual, régimen de seguridad social en salud, estado civil, nivel de escolaridad, religión. Y los factores biopsicosociales que entre estos se encuentran variables psicosociales como el apoyo de personas allegadas, apoyo familiar, diagnóstico de trastorno afectivo (depresión), hábitos como el consumo de alcohol, consumo de cigarrillo, consumo de sustancias. Otros son los factores socioeconómicos como ocupación y estrato socioeconómico.

Variables Cualitativas: razones por las cuales no ha abandonado el tratamiento, razones de abandono del tratamiento, efecto de beneficio en la salud del tratamiento antirretroviral, el acceso oportuno a los servicios de salud, percepción actual de su enfermedad.

Capítulo Tres – Metodología

Tipo de investigación

Este proyecto de investigación tendrá un enfoque cuantitativo, transversal.

Población y Muestra

Se llevará a cabo en la fundación EUDES y RASA, durante el año 2013. La población total es de 50 pacientes, la muestra de estudio está constituida por 37 pacientes la cual se calculo teniendo en cuenta la Matriz de tamaños muestrales para márgenes de error y niveles de confianza, arrojando un nivel de confianza del 90% y un margen de error del 7,0%. los criterios de inclusión son: ser personas mayores de edad; con diagnóstico médico de VIH, que estén en tratamiento antirretroviral.

Recolección de la información

Método.

El método que se usara para la recolección de la información es una encuesta. Por lo cual se realiza una prueba piloto para validar el instrumento y la confiabilidad del mismo; la investigación se lleva a cabo bajo la autorización y evaluación del comité de ética de las instituciones EUDES y RASA y de la Corporación Universitaria Adventista UNAC. Se aplicará el consentimiento informado previa recolección de la información. La investigación

no provee ningún riesgo según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, que menciona los tipos de riesgos; puesto que en esta investigación no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan en el estudio.

La prueba piloto se realizará con el 10 % de la población. El análisis de los datos se realizará con el programa estadístico SPSS. Se construirá una base de datos en Excel para vaciar la información. El plan de análisis de los datos será el siguiente: distribuciones de frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas y estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas, se realizarán análisis de bivariados a través de tablas de dos por dos para identificar la asociación entre los factores de riesgo y el evento.

La medida utilizada será el OR. Se aplicarán pruebas de hipótesis de estadística no paramétrica para confirmar y descartar diferencias entre los grupos.

Tabla 1.

Presupuesto

Insumos y	Valor	Cantidad	SUBTOTAL
Material humano			
Hora por las tres estudiantes	\$5000	175	\$815.000
Impresiones	\$70.000		\$70.000
Copias	\$75.000		\$75.000
Papelería	\$45.000		\$45.000
Transporte	\$260.000		\$260.000
CD	\$2,500	2	\$ 5.000
Total			\$3.420.000

Tabla 2.

Cronograma.

Tiempo/actividad	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Julio	Agosto	Sept	Octubre
Elaboración Capítulo 1.	Febrero 2013	Marzo 2013						
Elaboración Capítulo 2.			Abril 2013					
Elaboración Capítulo 3, primera parte				Mayo 2013				
Elaboración del capítulo 3. Recolección de los datos.					Julio 2013	Agosto 2013		
Elaboración del capítulo 4. Análisis de la información	Febrero 2014	Marzo 2014					Sept 2013	Octubre 2013

Elaboración del Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones			Abril 2014					
---	--	--	---------------	--	--	--	--	--

Capítulo Cuatro - Análisis de la Información

Resultados

De los datos encontrados en las encuestas realizadas a los 37 pacientes de las fundaciones EUDES y RASA en Medellín, se analizaron los siguientes factores:

Factores sociodemográficos.

De los factores sociodemográficos se observó que el 13,5 % de los pacientes encuestados residen en el área rural los cuales pertenecen a la fundación EUDES de la vereda del Haltillo en Barbosa y el 86,5% viven en Medellín.

Tabla 3

Características socio demográficas: Orientación sexual, estado civil y edad.

Características sociodemográficas: Orientación sexual , estado civil y edad						
Orientacion sexual	Estado civil	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	Mayores de 60
Heterosexual	Casado	1	0	0	0	0
	Soltero	0	1	0	0	1
	Viudo	0	0	0	0	1
	U.Libre	0	0	0	0	0
Homosexual	Casado	0	0	0	0	0
	Soltero	3	8	10	5	0
	Viudo	0	0	0	0	0
	U.Libre	1	0	0	0	0
Bisexual	Casado	0	0	1	0	0
	Soltero	1	1	2	0	0
	Viudo	0	0	1	0	0
	U.Libre	0	0	0	0	0

Como se puede observar en la gráfica 1 Características sociodemográficas: orientación sexual, estado civil y edad. El perfil predominante dentro de la muestra corresponde a hombres homosexuales en el que se encuentra el 70,27% de la población estudiada, seguido por hombres solteros bisexuales con el 10,81% y solteros heterosexual con el 5,51%. Con respecto a las edades se observó que el grupo de edad con mayor participación corresponde al comprendido entre 40 y 49 años el cual tiene una participación del 37,84%, .seguido por el grupo de 30 a 39 años con el 27% y el de 20 a 29 con el 16%.

En cuanto a la orientación sexual; el 73% son homosexuales, el 16,2% bisexuales y el 10,8% heterosexuales. Al cruzar esta información con la escolaridad se encontró que la población homosexual posee niveles educativos altos en donde se destacan educación formal y no formal con un 70,3% y llama la atención también que el 100% de la población bisexual posee estudios educativos altos. Ver anexos tabla (Orientación sexual vs Escolaridad).

Adicionalmente dentro del grupo de individuos estudiados en esta investigación se resalta el hecho que solo se entrevistó a una mujer, debido a que de acuerdo a lo manifestado por la psicóloga de la Fundación RASA, las mujeres prefieren no participar de los grupos de apoyo, como en los que se desarrolló la investigación.

Tabla 4

Características Sociodemográficas: Escolaridad, ocupación y afiliación régimen SGSSS

Características sociodemográficas: Ocupación, afiliación régimen SGSSS y escolaridad								
Ocupación	Regimen de SGSSS	Analfabeta	Primaria	Secundaria	Estudios técnicos	Estudios Tecnológicos	Universitarios	Pacientes
Trabajador informal	Régimen subsidiado		1					1
	Régimen contributivo				1			1
Empleado	Régimen vinculado				1			1
	Régimen contributivo				1		2	3
	Medicina prepagada				1			1
Desempleado	Régimen subsidiado	1	2	2	1		1	7
	Régimen contributivo			2	1		2	5
Independiente	Régimen subsidiado				1	1	3	5
	Régimen vinculado				1		1	2
	Régimen contributivo				3	2	2	7
	Medicina prepagada					1		1
Jubilado	Régimen contributivo			2			1	3
Número de pacientes								37

Así como se puede observar en la gráfica 2 Características sociodemográficas: Escolaridad, ocupación y afiliación régimen SGSSS, el nivel de escolaridad predominante son los universitarios con 12 personas que representan el 32,4% del total de la población, seguido de los técnicos con un 29,7% de la población que corresponden a 11 personas. Con respecto al régimen de seguridad social el 51,4% pertenecen al contributivo siendo 19 personas y el 35,1% al subsidiado, el 8,1% pertenecen al régimen vinculado y el 5,4 se encuentran con

medicina prepagada. Y la variable ocupación mostró que un 40.5% son trabajadores independientes contrastando con el 32.4% de la población que no reporta tener empleo alguno.

Otros datos encontrados de las encuestas fueron que el 43.2% de la población es de estrato tres, mientras que el 21.6% está en estrato uno. También cabe mencionar que en cuanto a la religión, el 73% de los pacientes son católicos y el 24,3% son de otra religión.

Características relacionadas con la enfermedad y el tratamiento.

Algunos de las características relacionadas con la enfermedad y el tratamiento son: periodo de diagnóstico, pacientes que están con tratamiento actualmente, entre otros que se observan en la encuesta. De estas preguntas encontradas en la encuesta podemos mencionar; que la pregunta número 9 que hace referencia a ¿Hace cuánto le diagnosticaron VIH? en donde las respuestas brindadas por los pacientes se categorizaron así: 1 mes a 11 meses, de 1 a 5 años y más de 5 años, en donde se contempla que la población de EUDES Y RASA, en su mayoría el 67,6% tienen un periodo de diagnóstico de VIH mayor o igual a 5 años; el 29,7% tienen un tiempo de diagnóstico de 1 a 5 años y solo una persona responde que tiene menos de un año de diagnóstico. Del total de pacientes encuestados, el 97,3% está actualmente en tratamiento. La única persona que no está siendo tratada corresponde a un individuo que abandonó el tratamiento y no lo ha retomado, siendo el 2,7 % restante.

Con respecto a la variable de número de veces de abandonado del tratamiento, se analizó lo siguiente: que el 18,9% del total de la población lo han abandonado solo una vez, mientras que el 27% lo han abandonado de 2 a 3 veces y el 5,4% de 4 a 5 veces.

En cuanto a la variable tiempo reinicio del tratamiento se destaca que 13,5 % de los pacientes que abandonaron el tratamiento antirretroviral, lo reiniciaron en menos de un año a diferencia de los 32,4% que lo reiniciaron en periodo mayor de un año.

A su vez hay que mencionar la variable número de pastillas que se toma al día para el tratamiento de la enfermedad, en la cual se contempló que del número de pastillas que toma al día cada paciente, el 67,6% de la población toma entre tres y seis pastillas diarias, mientras que el 16,2% toma más de siete pastillas diarias y solo el 8,1% toma de una o dos pastillas en el día.

Por otro lado en la característica relacionada con el tratamiento positivo para la salud, se demostró que el 94,6 % del total de los pacientes dijo que; el tratamiento antirretroviral si era positivo para su salud y el 5,4 % restante contestó que no era positivo para su salud. Mientras que la variable acceso oportuno a los servicios de salud, se observó que el 13,5% de los entrevistados manifestaron no contar con acceso oportuno a los servicios de salud sin embargo y aunque en la actualidad el 86,5% de los pacientes manifestaron contar con un acceso oportuno a los servicios de salud, la interrupción o imposibilidad de acceso a dichos servicios

se constituyen en una de las principales causas de abandono del tratamiento como se puede observar en la gráfica 4, razones de abandono y no abandono.

Características del abandono del tratamiento antirretroviral.

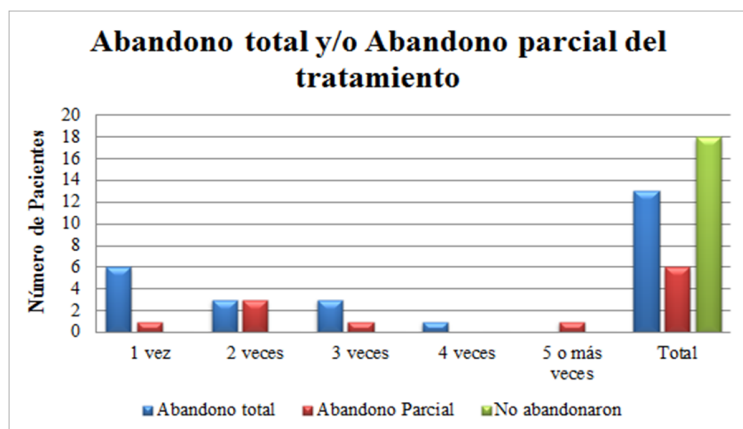
Con relación a las características del abandono del tratamiento se encontró que el 51,4% del total de la población ha abandonado alguna vez su tratamiento, de esta población que abandono el tratamiento el 42,2 % lo ha abandonado por un periodo menor o igual a 3 meses y el 26,3 % lo suspendió por más de 11 meses.

Variables de abandono total o parcial del tratamiento.

Igualmente se clasifico el abandono como parcial o total, y con respecto a esta última variable se encontró que el 68,4 % de la población la abandono totalmente, el 31,6% lo abandono parcialmente, como se puede observar en la gráfica 3 Abandono total o parcial del tratamiento como se observa en la gráfica 3 abandono total o parcial del tratamiento.

Grafica 1

Abandono total y/o parcial de tratamiento



Razones de abandono y no abandono del tratamiento.

Estas variables corresponden a preguntas con respuestas abiertas, sin embargo para efectos del análisis y entendiendo patrones seguidos por los entrevistados se agruparon en categorías o grupos de respuestas mostradas en la gráfica 4 Razones de abandono y no abandono, Según ésta gráfica del 100 % de las personas que abandonaron su tratamiento, el 47,4% manifestó que la principal causa del abandono fue por dificultades en el acceso al servicio de la EPS. Estas dificultades pueden ser: demoras en la entrega del tratamiento, cambios de EPS y lentitud en los trámites de las EPS para gestionar el tratamiento antirretroviral. El 46 % han suspendido el tratamiento por efectos secundarios o por decisión propia. 2 pacientes, que corresponden al 10,5% manifestaron no contar con recursos económicos para acceder al tratamiento. El 10,6 % restantes dijo abandonarlo ya sea por consumo de sustancias psicoactivas o por orientación de un médico bioenergético.

Grafica 2

Razones de abandono y no abandono



En cuanto a la variable razones de no abandono, se analizó que del 48,6% de personas que no han abandonado su tratamiento antirretroviral, expusieron las siguientes razones por las cuales permanecieron adheridos al tratamiento: El 37,8% de la población decidió permanecer en tratamiento porque perciben el tratamiento como benéfico para su salud. El 10,8% restante aclara que continuó en tratamiento ya sea porque cuenta con un apoyo por parte de la Fundación EUDES, de un familiar o porque tienen ganas de vivir, estos datos se pueden observar en la gráfica 4 razones de abandono y no abandono.

Características Psicosociales de los Pacientes Entrevistados.

Una de las variables psicosociales que se analizó fue la variable sentimiento actual frente a la enfermedad, en donde se obtuvieron los siguientes resultados; el 86,5% de los pacientes manifestaron sentirse bien con respecto a su enfermedad actual, entre tanto el 10,8% responde

que se siente regular y solo el 2,7% no responde nada. Las respuestas dadas por los pacientes se categorizaron en los siguientes grupos: bien, mal y regular.

Otra variable psicosocial es el diagnóstico de depresión en donde se evidenció que; el 40,5% de los pacientes respondieron que sí se les diagnosticó depresión, a diferencia de los 59,5% que contestaron que no se les diagnosticó depresión. Por el contrario, en el apoyo que reciben los pacientes durante su enfermedad se observó que; el 62,2% de los pacientes dicen no contar con el apoyo de la mamá durante este proceso, mientras el 13,5% responden que reciben apoyo del papá, el 59,5% de la población recibe apoyo de los hermanos, el 18,9% de otros familiares y el 48,6% de los pacientes reciben apoyo por parte de los amigos y solo una persona dice no contar con el apoyo de nadie.

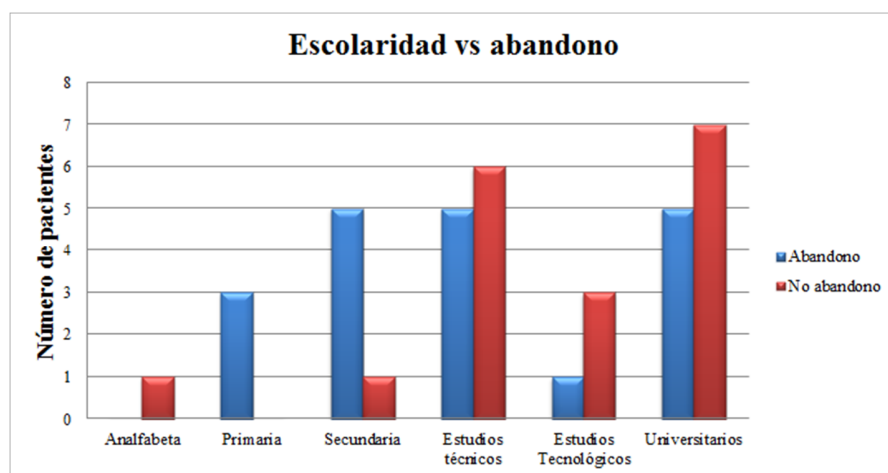
Además, la variable consumo de bebidas alcohólicas mostró que el 40,5% de los pacientes las consumen y el 59,5% se abstienen de consumirlas, mientras que de las personas que consumen alcohol el periodo de tiempo con que lo consumen es ocasionalmente y el 5,4% lo hace con una frecuencia semanal o quincenal. El 21,6% de la población se toman entre uno y cuatro tragos y el 18,9% se toman más de seis tragos, según se observa en la tabla de frecuencias y porcentajes para esta variable.

Mientras que en la variable consumo de cigarrillos, se encontró que; el 13,5% de los pacientes consumen cigarrillos y el 10,8% de los pacientes fuman menos de medio paquete diario, sin embargo no hay un solo paciente que diga consumir sustancias psicoactivas y por lo tanto nadie consume drogas de ninguna clase.

Con el fin de realizar un mejor análisis comparativo entre las variables anteriormente mencionadas, se decidió cruzar algunas variables con relación al variable abandono del tratamiento.

Grafica 3

Distribución absoluta de la escolaridad en relación con el abandono.



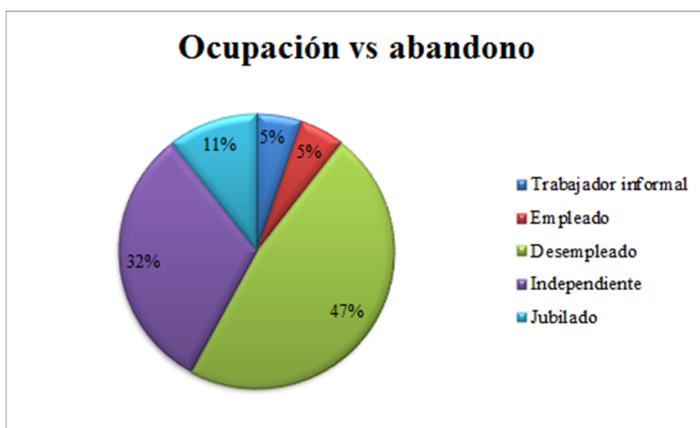
Características Sociodemográficas con Relación al Abandono.

Según el gráfico 5 Distribución absoluta de la escolaridad en relación con el abandono, se puede analizar que el 88,9% del total de la población que no ha abandonado el tratamiento han tenido la oportunidad de tener estudios superiores ya sea técnico, tecnólogo o universitario lo que indica que 13 personas que corresponden al 35,1 % del total de la población son universitarios y técnicos y no han abandonado el tratamiento. Al comparar los pacientes con

estudios tecnológicos que abandonaron y que no abandonaron el tratamiento se observa que, 3 pacientes no abandonaron a diferencia de solo uno que lo abandono.

Grafica 4

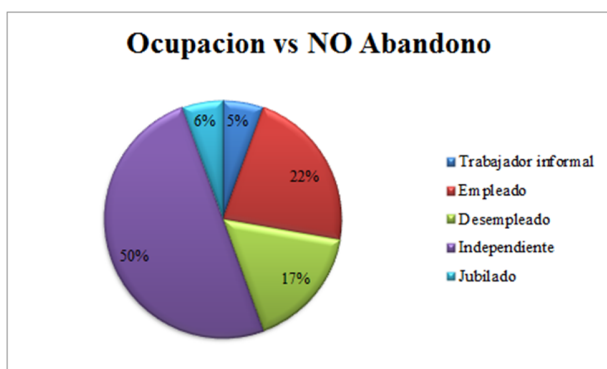
Distribución absoluta de la ocupación con relación al abandono



Según la gráfica 6 Distribución absoluta de la ocupación con relación al abandono, podemos decir que la población desempleada correspondiente al 47,4% de la población total han abandonado el tratamiento antirretroviral y el 32 % de los pacientes que corresponden a los trabajadores independientes también lo han abandonado.

Grafica 5

Distribución absoluta de la ocupación en relación con el NO abandono



Al observar la gráfica 7 Distribución absoluta de la ocupación en relación con el no abandono; se encontró que el 40,5% de la población son independientes, y de estas el 50% no han abandonado el tratamiento. Porcentaje importante porque al sumarlo con el 22,2% de los que son trabajadores empleados, se encuentra que un 72,2% de la población que tiene alguna ocupación no ha abandonado el tratamiento.

Con respecto a la relación abandono o no del tratamiento con la variable ocupación se descubrió que el hecho de tener una ocupación ya sea como empleado o independiente permite una buena adherencia al tratamiento. Pues corresponde a 13 personas de las 37 estudiadas.

Características del Régimen de Seguridad Social SGSSS en Relación con el Abandono.

Respecto a las variables abandono relacionado con las características del régimen de seguridad social se encuentra que el 51,4 % de la población pertenece al régimen contributivo lo que significa; que el sistema los ampara y les brinda la atención, no obstante un 57,9% de estas personas han suspendido el tratamiento antirretroviral en algún momento. Es importante resaltar que los que pertenecen al régimen subsidiado son un 35,1% y de esto el porcentaje de abandono o no son equiparables ya que 7 personas del régimen subsidiado si han abandonado el tratamiento y 6 personas refieren que no lo han abandonado.

Al verificar la variable de abandono del tratamiento con respecto a la variable acceso oportuno a los servicios de salud se encontró que; el tener acceso oportuno no evidencia una diferencia entre los pacientes que abandonaron y no abandonaron el tratamiento.

En cuanto a la variable acceso a los servicios de salud podemos decir que no se presentó algún tipo de influencia en la adherencia al tratamiento puesto que, de los 32 pacientes que tienen acceso oportuno a los servicios de salud el 50% que corresponde a 16 pacientes que abandonaron y el 50% restante no abandonaron.

Características asociadas con la enfermedad y el tratamiento en relación con el abandono.

Respecto a la característica tiempo de diagnóstico de VIH y su relación con el abandono, se encontró que 19 personas que son el 100% de las que abandonaron el tratamiento; el 35,1%

tiene más de 5 años de haber sido diagnosticados y el 16,2% tiene un periodo de diagnóstico de 1 a 5 años. Por su parte, de las 18 personas que corresponden al 48,6% no han suspendido el tratamiento antirretroviral, mientras que el 32,4% tiene más de 5 años de haber sido diagnosticado; Por otro lado el 13,5% tiene un tiempo de diagnóstico entre 1 a 5 años y solo una persona tiene menos de 1 año de haber sido diagnosticado.

Grafica 6

Distribución absoluta del apoyo en relación con el abandono del tratamiento.

Apoyo relacionado con el abandono del tratamiento				
Personas que apoyan	Recibe apoyo		No recibe apoyo	
	Abandono del Tratamiento	NO abandono del tratamiento	Abandono del Tratamiento	NO abandono del tratamiento
Mamá	7	7	12	11
Papá	5	0	14	18
Hermanos	11	11	8	7
Otros familiares	5	2	14	16
Amigos	8	10	11	8
Nadie	0	0	19	18

Variable apoyo durante la enfermedad en relación con el abandono del tratamiento.

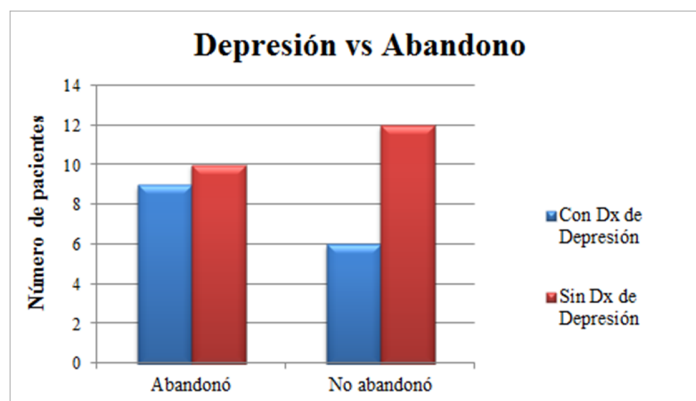
Con referencia al variable apoyo durante la enfermedad, algunos pacientes tenían como opción seleccionar en la encuesta una o varias de las personas por las cuales recibía apoyo.

Como se puede observar en la gráfica 8 Distribución absoluta del apoyo en relación con el abandono del tratamiento. Al analizar los resultados obtenidos no se logra evidenciar que el apoyo de algunos de los actores preguntados marque una diferencia importante dentro del abandono o no abandono del tratamiento ya que los datos recolectados sobre el apoyo brindado a los pacientes tanto los que abandonaron finalmente como los que no abandonaron son muy parecidos, el mismo fenómeno se observa dentro de la falta de apoyo debido a que los resultados obtenidos en relación a la falta de apoyo de los pacientes que abandonaron o no abandonaron el tratamiento no sugiere que sea especialmente sensible a la variable apoyo.

Según la tabla de frecuencia y porcentajes de esta variable se observa que de los pacientes que abandonaron el tratamiento antirretroviral el 32,4 % no cuentan con el apoyo de su madre y el 37,8% de los pacientes tampoco cuentan con el apoyo del padre ni de otro familiar, por otra parte que el 29,7% de los pacientes no cuentan con apoyo por parte de un amigo. Mientras que el 29,7% de los pacientes que abandonaron el tratamiento si recibieron apoyo por parte de sus hermanos. Pero cabe destacar que de los pacientes que permanecieron adheridos al tratamiento ninguno contaba con el apoyo del papá. Esto quiere decir que 18 personas que no contaban con apoyo del papá no abandonaron el tratamiento.

Grafica 7

Distribución absoluta de la depresión en relación con el abandono.



Al analizar la gráfica 9 Distribución absoluta de la depresión en relación con el abandono se observa que; al cruzar la variable depresión con la variable abandono podemos analizar que de los pacientes diagnosticados con depresión 9 abandonaron el tratamiento mientras 6 no lo abandonaron y las 22 personas restantes no se les diagnosticó depresión. Además no se evidencia una gran diferencia entre los pacientes que abandonaron el tratamiento y aquellos que manifestaron haber sido diagnosticados con algún tipo de depresión ya que en ambos casos la proporción es cercana al 50%. En comparación con los datos suministrados de la población que no abandonó el tratamiento, tan solo la tercera parte la población manifestó tener diagnóstico de depresión, mientras que las dos terceras partes de la población manifestaron no haber sido diagnosticados con algún tipo de depresión.

Variables del consumo de sustancias psicoactivas en relación con el abandono.

De los pacientes que abandonan el tratamiento el 24,3% del total de la población consume alcohol a diferencia del 16,2% de la población que consume alcohol pero que no ha abandonado el tratamiento. Por el contrario el 5,40% de los pacientes consumen cigarrillos y abandonan el tratamiento antirretroviral, sin embargo el 45,9% de la población no consumen cigarrillo pero si han abandonado el tratamiento antirretroviral y también el 40,5% de los pacientes no consumen cigarrillos y no abandonaron el tratamiento.

Al realizar los cálculos de asociación entre variables para identificar factores de riesgo o de protección en relación al abandono del tratamiento, se encontró que ninguna se relacionó de forma estadísticamente significativa. Solo las variables escolaridad (OR: 4.8 IC95% (0.98-24.12) y ocupación (OR: 0.28 IC95% (0.07-1.10) se acercaron a ser un factor de riesgo y de protección específicamente.

Capítulo cinco – Conclusiones, Recomendaciones

Discusión

Al realizar la comparación de los resultados del estudio causas de abandono del tratamiento antirretroviral (TAR) y eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de la adherencia realizado en el 2004 por Gallego, Marco, Silva, se encontró en común la variable intolerancia del tratamiento, puesto que el 8,1% del total de la población encuestada en esta investigación, los cuales corresponden a 3 pacientes, expresaron que los efectos secundarios son la razón por la cual abandonaron el tratamiento.

Otro estudio realizado por Estrada, Martínez y Abadía en el 2008, en el cual se observó cierta similitud con las variables usadas en esta investigación las variables encontradas fueron; el consumo de alcohol, diagnóstico de depresión, acceso a los servicios de salud ya que se observó que 9 de las personas que abandonaron el tratamiento consumen alcohol y 15 personas fueron diagnosticadas con depresión durante su enfermedad. En cuanto al acceso a los servicios de salud 9 personas encuestadas expresaron que el acceso a los servicios de las EPS fue la razón por la cual abandonaron el tratamiento.

Finalmente, en el estudio realizado por Sharada P, Wasti et al, (2012), en el cual hay una mayor similitud con otras de las variables utilizadas en esta investigación. Debido a que las variables halladas en común fueron; el apoyo familiar y la percepción sobre la salud.

En relación a esta investigación se observó que; el apoyo por parte de la fundación y/o familiar, ganas de vivir y por salud son unas de las razones de no abandono mencionadas por los pacientes; con respecto a la percepción sobre la salud que ofrece el tratamiento, esta investigación tiene dos variables asociadas al estudio de Sharada Y Wasti que son; variable tratamiento positivo para la salud y la variable percepción sobre la enfermedad.

Al comparar las razones de abandono y no abandono mencionadas en los estudios anteriores con esta investigación, podemos decir que las razones de abandono y no abandono del tratamiento antirretroviral analizadas en esta investigación están sustentadas en los anteriores estudios, puesto que los efectos secundarios, el acceso inoportuno a los servicios de salud, el alcohol, y la depresión, son unas de las variables usadas en esta investigación, mientras que las razones de no abandono, encontradas en común son; el apoyo por parte de la fundaciones y/o familiar, las ganas de vivir, el tener salud ,tratamiento positivo para la salud y percepción actual sobre la enfermedad son algunas de las razones que en otra investigación reciben el nombre de facilitadores de la adherencia al tratamiento.

En conclusión al comparar las variables de estos estudios con esta investigación, se encontró que hay una breve relación entre variables, sin embargo al realizar el análisis de los cálculos del OR en las variables usadas en esta investigación, no se encontró alguna variable como factor influyente asociado al abandono del tratamiento antirretroviral.

Conclusión

Al realizar el análisis estadístico, de nuestra investigación, se observa que la población estudiada corresponde a hombres homosexuales solteros, con edades entre los 30 a 49 años, de régimen contributivo y con estudios universitarios o técnicos.

En cuanto al abandono del tratamiento antirretroviral se puede decir que de los 37 pacientes encuestados, 36 se encuentran actualmente en tratamiento de los cuales 19 abandonaron el tratamiento alguna vez en su vida y 18 nunca lo han abandonado. Como periodo de tiempo de abandono se encontró que en promedio el periodo de abandono fue menor de tres meses y solo uno lo abandono totalmente. También es importante mencionar que la mayor parte de las personas que abandonan la terapia antirretroviral, se demoran más de un año en reiniciar el tratamiento, sin embargo 35 pacientes refirieron tener una perspectiva positiva frente tratamiento para su salud y solo 2 pacientes respondieron que el tratamiento tenía un efecto negativo para la misma.

Además las razones de abandono expresadas por los pacientes fueron; el acceso a la EPS, efectos secundarios, consumo de sustancias psicoactivas, falta de recursos, orientación médica y por decisión propia. Y como razones de no abandono mencionadas por los pacientes se encontraron; apoyo por parte de la fundación o un familiar, ganas de vivir y por salud, adicionalmente a esto la mayoría de los pacientes tienen una percepción positiva frente a su enfermedad.

De las variables evaluadas por medio de los cálculos del OR, no se encontró que alguna de las variables estuvieran asociadas estadísticamente, pero las variables ocupación y escolaridad estuvieron cercanas a ser factores de riesgo y protectores con respecto al abandono del tratamiento.

Por otra parte las variables percepción del tratamiento positivo para su salud y percepción de la enfermedad, no fueron cruzadas con la variable abandono, sin embargo del 100% de la población, el 94,6% menciona que el tratamiento es positivo para la salud, y solo el 5,4% refiere que el tratamiento no es positivo para la salud, mientras el 86,4% dice sentirse bien frente a su enfermedad y el 13,5% restante se siente regular frente a la misma.

En conclusión el tamaño de la muestra no favoreció el adecuado hallazgo de los factores que influyen en el abandono del tratamiento antirretroviral.

Es importante acalorar que las personas que fueron entrevistadas de la fundación EUDES se encuentran internadas allí y además cuenta con una auxiliar de enfermería, quien es la encargada de la administración del tratamiento a cada uno de los pacientes, en cambio en la fundación RASA los pacientes no se encuentran internos, solo asisten a las actividades que programa la fundación y esta no cuenta con personal de Enfermería que brinde asesoría en la importancia de la adherencia al tratamiento antirretroviral, por lo tanto en nuestra investigación no se abordó el rol que desempeña la enfermera ya que ninguna de las fundaciones cuenta con personal de enfermería que brinde educación a estos pacientes.

Según define la persona Betty Neuman se puede decir que; el compuesto dinámico interactúan entre sí, pero no existe una influencia de estos con el abandono del tratamiento.

Recomendaciones

Finalmente en nuestra investigación, no se encontraron los resultados esperados debido a que no se hallaron los factores que influyen en el abandono del tratamiento antirretroviral en los pacientes de las fundaciones EUDES y RAZA de la ciudad de Medellín, debido a que el tamaño de la muestra utilizada no fue suficiente. Se recomienda que para futuras investigaciones, se tome una muestra más grande, para que los resultados estadísticos puedan ser más relevantes y se puedan obtener los factores influyentes en el abandono del tratamiento antirretroviral. Igualmente se recomienda revisar en próximos estudios las variables de ocupación y escolaridad que estuvieron cercanas a ser factores de riesgo y/o factores protectores. Además se podrían analizar también los factores protectores del tratamiento antirretroviral, con relación a las razones de no abandono del tratamiento, para abordar de manera más amplia el tema de la adherencia. Por otro lado es importante que el personal de enfermería participe en la educación, asesoría y seguimiento del tratamiento, puesto que en ninguna de las fundaciones cuenta con la intervención de enfermería, en cuanto al manejo del medicamento, su administración, efectos secundarios y posibles complicaciones por el abandono del mismo. Por esta razón los pacientes con VIH/SIDA que están recibiendo antirretrovirales es importante realizarles un seguimiento oportuno para evitar el abandono del tratamiento antirretroviral.

Referencias

Díaz Monge Juan Carlos. (2009, 11 de noviembre). Fisiopatología del VIH.

Recuperado el 15 de abril de 2012 de <http://es.scribd.com/doc/14032496/Fisiopatología-Del-Vih>.

D. M. Hidalgo. (2010, 9 de junio). ¿Cómo se previene la transmisión del VIH?.

Recuperado el 19 de abril del 2012 de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevención/medidas.html>.

F. Pardo. (1998, julio). Historia natural de la infección VIH/SIDA. Recuperado el

15 de abril de 2012 de <http://www.ctv.es/USERS/fpardo/vihisn.htm>.

Fundación Eudes, (2012, Agosto). Historia de la fundación EUDES. Recuperado del

13 de Agosto de 2012 de <http://hogarveronicafundacioneudes.faithweb.com/index.html>.

Gloria Sepúlveda Carrillo, Á. M. (27 de Mayo de 2009). <http://www.uelbosque.edu.co>. Obtenido

de [http://www.uelbosque.edu.co/proyectos de investigacion](http://www.uelbosque.edu.co/proyectos_de_investigacion).

http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/caracteristicas_sociodemograficas_determinantes_adhesion_terapeutica_antirretroviral_pacientes_vih_sida.pdf

Graciela Servín Ruiz, V. O. (2010). <http://www.censida.salud>. Obtenido de Gobierno general de

México, biblioteca virtual:

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia_enf_09.pdf

Jaime Benítez Solís. (2004). Historia del virus VIH/sida.- origen y evolución.- del mono al hombre. Recuperado el 19 de abril del 2012 de <http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/403.htm>.

OMS. (2011, 9 de agosto). La adherencia al tratamiento, cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. Recuperado el 22 de abril de 2012 de https://www.pfizer.es/docs/pdf/salud/dialogos_pfizer_pacientes_adherencia.pdf.

Martín Alfonso Libertad de los A. (2009). Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario 2003-2007. Recuperado el 5 de mayo de 2012 de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/documento_de_tesis_para_rcsp_libertadfinal.pdf (2013) .

Mildred, I. L. Mercedes, M. M. Esther M. L. Diego, E. G. (2011). Encuesta a personas con VIH/SIDA, 2009 Una herramienta para la acción. Recuperado el 5 de mayo de 2012 de <http://www.one.cu/publicaciones/cepde/EncuestaSida/Informe%20resumen%20de%20la%20Encuesta%20a%20PVs%202009.pdf>

N.N. (2009) Ejemplos de consentimiento informado. Recuperado el 5 de mayo de 2012 de http://www.pucpr.edu/vpaa/Junta_Revision_Institucional/EJEMPLOS_CONSENTIMIENTO_INFORMADO.pdf

Odir Miranda. (2010, 9 de julio). ¿Qué son los antirretrovirales?. Recuperado el 17 de abril del 2012 de <http://www.atlcatl.org/sv/2010/07/09/%C2%BFque-son-los-antirretrovirales/>.

Rosa Resino. (2012, 13 de marzo). Vías de transmisión del VIH y conductas de Riesgo. Recuperado el 17 de abril de 2012 de <http://epidemiologia molecular.com/02/02/2009/vias-de-transmision-del-vih-y-conductas-de-riesgo/>.

Saulo A. G., Jaime N. D., María T. F., Iván M. R., Alma B. R. L. (1997, 12 de junio). Decreto 1543 de 1997. Recuperado el 20 de abril del 2012 de http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/1997/junio/12/dec1543121997.pdf.

Fundación RASA si a mis derechos, Red de Apoyo Social de Antioquia (2012) Recuperado el 20 de septiembre del 2012 <http://www.siamisderechos.org/portal/inicio.php?uid=0&leng=es&todo=0>

Universidad Autónoma de Madrid (2010) Introducción al SPSS manejo y procesamientobasico de datos basico en SPSS recuperados el 21 de mayo de 2013 de http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/eva/pdf/introspss.pdf

Carballo E. (2004) Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. Recuperado el 12 de marzo del 2013 de

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15130023>

Londoño P. Acosta P (2012) Informe UNGASS - 2012 Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida recuperado el 13 de abril del 2013 de

http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/2_abril2012_final_UNGASS_COLOMBIA.pdf

Raile, A martha, Tomy, Ann (2011). Modelos y teoría de enfermería, Barcelona, recuperado el

25 de mayo del 2014 de <http://modelosenfermeros2013.blogspot.com/2013/06/modelo-de-sistemas-betty-neuman.html>

Varela M. Salazar I. (2008) Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA, recuperado el

1 de junio de 2014 de file:///D:/Downloads/23_1320_v11n2-art9.pdf

Bibliografía

- Ana C. Rodrigues, Helena T. Kaminski, Lídia M. Pinto. (2010). Resistencia genotípica do Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 a los antirretrovirales. Artículo de Revisado. Pág, 49 – 59.
- Ana Fernanda Uribe, Linda Teresa Orcasita. (2011). Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. Avances de Enfermería. 271 – 284.
- Daymé H. Requejo, Jorge P. Ávila. (2010). Causas de cambio de tratamiento en un grupo de pacientes VIH/SIDA cubanos. Revista Cubana. 223 – 230.
- G. Carrillo, A. Zúñiga, G. Amaya. (2009) características sociodemográficas y determinantes de adhesión terapéutica antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en dos instituciones de Bogotá. 2-14.
- M. González. (2011) evaluación del acceso a la terapia antirretroviral de las personas viviendo con VIH en el distrito capital desde una mirada crítica al sistema de salud colombiano. Universidad Nacional de Colombia. 5-89

Jhon H. Estrada, Adriana G. Martínez, Cesar E. Abadía. (2008). Factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 134 – 141.

Marcela Arrivillaga, Bernardo Useche, Francisco Rossi. (2001). *Sida y sociedad*. Santa Fe de Bogotá: Ediciones Aurora.

María V. Arévalo, Isabel S. Torres, Diego C. Sánchez. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/Sida consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Revista Acta Colombiana de Psicología*. 101 – 113.

Óscar A., Liz C., Lourdes C., Cristina D., (2009). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. *Revista Facultad de medicina*. 266 – 272.

S. Margulies, N. Barber, María L. Recoder. (2006). VIH/SIDA y adherencia al tratamiento, enfoques y perspectivas. *Revista de antropología*. 281 – 300.

M. varela, I. Salazar, D. Correa. (2008) adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de psicología*. 101-113

W. Santos, E. Freitas, A. Gomes. (2012) Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia

antirretroviralem Belo Horizonte-mg. Revista brasileira de Enfermagem REBEn. 2-8.

S. Wasti, P. Simkhada, J. Randall. (2012) Barriers to and Facilitators of Antiretroviral Therapy Adherence in Nepal: A Qualitative Study. International Centre for Diarrhoeal Disease research, Bangladesh. 1-9.

N. Gianotti, L. Galli, B. Bocchiola. (2012) Number of daily pills, dosing schedule, self-reported Adherence and health status in 2010: a large Cross-sectional study of HIV-infected patients on Antiretroviral therapy. British HIV Asociación. 153-160

Sandra M. Gómez, Patricia Olaya, Francisco J. Díaz. (2010). Resistencia a los medicamentos antirretrovirales en pacientes que reciben tratamiento para VIH-sida en Colombia. Revista Infection. 248 - 257.

Anexos

Anexo 1. Operacionalización de variables.

Objetivo Específico	Variable	Sub-variable	Indicadores	Instrumento	Ítem
1. Describir las características sociodemográficas de las personas que conviven con VIH/SIDA.	Características sociodemográficas		residencia	Lugar de residencia	Urbana, rural
			Edad	Escriba su edad en años	Edad: _____
			Genero	A que genero pertenece	1) Masculino 2) Femenino
			Orientación Sexual	¿Cuál es su orientación sexual?	1) Heterosexual 2) Homosexual 3) Bisexual
			Estrato Socioeconómico	En qué estrato socioeconómico se encuentra.	1) 1 2) 2 3) 3 4) 4
			Estado civil	Estado civil actual.	1) Casado

					2) Divorciado 3) Soltero 4) Viudo 5) Unión libre 6) separado
			Nivel de escolaridad.	Qué nivel de escolaridad tiene.	1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Estudios técnicos 5) Estudios tecnológicos 6) Universitarios
			Ocupación	Ocupación	1) Trabajador informal 2) Empleado 3) Desempleado 4) Independiente 5) jubilado
			Religión	Religión	1) Católico 2) Protestante 3) Testigo de Jehová 4) Otro

2. Determinar los principales factores que influyen en el abandono del tratamiento antirretroviral.	Características bio-psicosociales	Aspectos Psicológicos	Apoyo emocional	¿Cuál de las siguientes personas ha sido su apoyo durante su enfermedad?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mamá 2) Papá 3) Hermanos 4) Otros familiares 5) Amigos 6) Nadie
		Aspecto físico	Estado de Animo	¿Alguna vez durante su enfermedad le han diagnosticado depresión?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Si 2) No
		Hábitos Consumo de sustancias	Consumo de alcohol	¿Consume alcohol?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Si 2) No
				Cada cuánto?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Diario 2) semanal 3) cada 15 días 4) cada mes 5) Ocasional
				Cuantos	<ol style="list-style-type: none"> 1) 1-3 tragos 2) 4-6 tragos

			Consumo de cigarrillo	¿Consume cigarrillo?	3) > 6 tragos 1) Si 2) No
				Cada cuánto?	1) 1 paquete al día 2) Medio paquete al día 3) < de medio paquetes
		Aspecto Social		¿Consume drogas psicoactivas?	1) Si 2) No
				Cuáles?	1) Cocaína 2) Marihuana 3) anfetaminas
	Características relacionadas con la enfermedad y el tratamiento	Aspectos individuales	Tiempo de diagnostico	¿Hace cuánto le diagnosticaron VIH?	1) 1 mes a 11 mese 2) De 1 a 5 años 3) Más de 5 años
		Aspectos propios de la enfermedad	Abandono del tratamiento	¿Alguna vez ha abandonado el tratamiento?	1) Si 2) No
			Razones de abandono del tratamiento	¿Por qué razones no ha	

		Aspectos propios del tratamiento	abandonado el tratamiento antirretroviral?	1) Apoyo 2) Ganas de vivir 3) N/A
			Adherencia al tratamiento ¿Por cuánto tiempo abandono el tratamiento?	4) Por salud 1) Menos de un mes 2) 1 a 3 meses 3) 3 a 6 meses 4) 6 a 10 meses
			Cumplimiento farmacológico ¿Hace cuánto tiempo reinicio el tratamiento?	5) más de un año 1) Menos de 1 mes 2) De 3 a 6 meses 3) 6 a 12 meses 4) Más de un año
			¿Está actualmente en tratamiento?	5) No reinicio 1) Si 2) No
			¿El abandono fue total o parcial?	1) Total 2) Parcial
			¿Cuántas veces ha abandonado	3) N/A

				<p>el tratamiento?</p> <p>1) 1 vez</p> <p>2) 2 veces</p> <p>3) 3 veces</p> <p>¿Por qué razones abandono el tratamiento?</p> <p>4) 4 veces</p> <p>5) Más de 5 veces</p> <p>1) Acceso EPS</p> <p>2) Consumo PSA</p> <p>3) Efectos secundarios</p> <p>4) Falta de recursos</p> <p>5) N/A</p> <p>6) Orientación médica</p> <p>¿Cuántas pastillas toma al día para el tratamiento de su enfermedad?</p> <p>7) Por decisión propia</p> <p>1) 1 a 2 pastillas</p> <p>2) 3 a 6 pastillas</p> <p>¿Considera usted que el tratamiento ha tenido efecto</p> <p>3) 7 a 9 pastillas</p> <p>4) Más de 10 pastillas</p>
--	--	--	--	--

				positivo en su estado de salud?	1) Si 2) No
				¿Cómo se siente actualmente con su enfermedad?	1) Bien 2) No responde 3) regular
3. Analizar la relación de los factores identificados con el abandono del tratamiento.	Características Acceso a salud	Aspectos Acceso a salud	Acceso a los servicios de salud	¿Recibe usted un acceso oportuno a los servicios de salud para el tratamiento de su enfermedad? ¿A qué	1) Si 2) No

			Seguridad social	régimen de seguridad social pertenece?	1) Régimen subsidiado 2) Régimen vinculado 3) Régimen contributivo 4) Medicina prepagada
--	--	--	------------------	--	---

Anexo 2. Consentimiento informado.

FACTORES DE MAYOR INFLUENCIA EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. FUNDACIONES EUDES Y RASA, MEDELLÍN 2013

Esta investigación tiene como objetivo identificar los factores que influyen en el abandono del tratamiento antirretroviral de las personas que conviven con el VIH/SIDA de fundaciones EUDES y RASA de la ciudad de Medellín. Se llevara a cabo por medio de una encuesta que usted diligenciara si así lo desea. La información obtenida a través de esta encuesta será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será mencionado, los datos obtenidos serán utilizados únicamente para la presente investigación. Usted no tendrá ningún tipo de riesgo al participar de la investigación. Las dudas que tenga frente a la encuesta serán resueltas por las estudiantes de IX semestre de Enfermería de la Corporación Universitaria Adventista UNAC;

quienes están encargadas de la investigación. Usted tiene derecho a retirar su participación en cualquier momento que lo decida. Usted no recibirá ningún beneficio por la colaboración en la investigación. Los resultados de la investigación estarán disponibles en la fundación EUDES y RASA si quiere solicitarlos. Ha sido informado previamente de los posibles riesgos de la investigación. Agradecemos su tiempo y colaboración por su participación. He leído el procedimiento descrito arriba, voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha : _____

Anexo 3. Encuesta.

FACTORES DE MAYOR INFLUENCIA EN EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL.

FUNDACIÓN RASA.

Seleccione con una x la pregunta que se acorde con su situación (una sola respuesta)

Lugar de residencia _____

Edad _____

1. Estrato socio económico

1) 1

2) 2

3) 3

4) 4

2. Género

1) Masculino

2) Femenino

3. Orientación sexual

1) Heterosexual

2) Homosexual

3) Bisexual

4. Estado civil

1) Casado

2) Divorciado

3) Soltero

4) Viudo

5) Unión libre

6) separado

5. Escolaridad

1) Analfabeta

2) Primaria

3) Secundaria

4) Estudios técnicos

5) Estudios tecnológicos

6) Universitarios

6. Religión

1) Católico

2) Protestante

3) **Testigo de Jehová**

4) **Otro**

7. Ocupación

1) **Trabajador informal**

2) **Empleado**

3) **Desempleado**

4) **Independiente**

5) **Jubilado**

8. ¿A qué régimen de seguridad social pertenece?

5) **Régimen subsidiado**

6) **Régimen vinculado**

7) **Régimen contributivo**

8) **Medicina prepaga da**

9. ¿Hace cuánto le diagnosticaron VIH?

10. ¿Está actualmente en tratamiento?

1) **Si**

2) **No**

11. ¿Alguna vez ha abandonado el tratamiento? Si su respuesta es afirmativa responda las preguntas

13, 14 y 15

1) **Si**

2) **No**

12. ¿Por qué razones no ha abandonado el tratamiento antirretroviral?

13. ¿Por cuánto tiempo abandono el tratamiento?

- 1) **Menos de 1 mes**
- 2) **1 a 3 meses**
- 3) **3 a 6 meses**
- 4) **6 a 10 meses**
- 5) **Más de un año**

14. ¿El abandono fue total o parcial? **Teniendo en cuenta que el abandono total es cuando usted no tomo ninguno de los medicamentos y el parcial solo cuando tomaba algunos.**

- 1) **Total**
- 2) **Parcial**

15. ¿Cuántas veces ha abandonado el tratamiento?

- 1) **1 vez**
- 2) **2 veces**
- 3) **3 veces**
- 4) **4 veces**
- 5) **Más de 5 veces**

16. ¿Por qué razones abandono el tratamiento?

17. ¿Hace cuánto tiempo reinicio el tratamiento?

1) Menos de 1 mes

2) De 3 a 6 meses

3) 6 a 12 meses

4) Más de un año

18. ¿Cuántas pastillas toma al día para el tratamiento de su enfermedad?

19. ¿considera usted que el tratamiento ha tenido efecto positivo en su estado de salud?

1) Si

2) No

20. ¿Recibe usted un acceso oportuno a los servicios de salud para el tratamiento de su enfermedad?

1) Si

2) No

21. ¿Cómo se siente actualmente con su enfermedad?

22. ¿alguna vez durante su enfermedad le han diagnosticado depresión?

1) Si

2) No

23. ¿Cuál de las siguientes personas ha sido su apoyo durante su enfermedad?

1) Mamá

2) Papá

3) Otros familiares

4) Amigos

5) Hermanos

6) Nadie

24. ¿consume alcohol

- 1) Si
- 2) No

Cada cuánto?

- 6) Diario
- 7) semanal
- 8) cada 15 días
- 9) cada mes
- 10) Ocasional

Cuantos

- 4) 1-3 tragos
- 5) 4-6 tragos
- 6) > 6 tragos

25. ¿Usted consume cigarrillos?

- 1) Si
- 2) No

Cada cuánto?

- 4) Más de un paquete al día
- 5) 1 paquete al día
- 6) Medio paquete al día
- 7) < de medio paquetes

26. ¿Usted consume drogas psicoactivas?

- 1) Si

2) No

Cuáles?

¡Muchas gracias por diligenciar la encuesta con honestidad!

Anexo 4. Cuadros de salidas de resultados.*Variables.*

Lugar de residencia					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	urbana	32	86,5	86,5	86,5
	rural	5	13,5	13,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Estrato				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válidos	1	8	21,6	21,6	21,6
	2	6	16,2	16,2	37,8
	3	16	43,2	43,2	81,1
	4	7	18,9	18,9	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Genero					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	masculino	35	94,6	94,6	94,6
	femenino	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Orientación sexual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	heterosexual	4	10,8	10,8	10,8

	homosexual	27	73,0	73,0	83,8
	bisexual	6	16,2	16,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Estado civil					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	casado	2	5,4	5,4	5,4
	soltero	32	86,5	86,5	91,9
	viudo	2	5,4	5,4	97,3
	unión libre	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Escolaridad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	analfabeta	1	2,7	2,7	2,7
	primaria	3	8,1	8,1	10,8

	secundaria	6	16,2	16,2	27,0
	técnico	11	29,7	29,7	56,8
	tecnólogo	4	10,8	10,8	67,6
	universitario	12	32,4	32,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Religión					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	católico	27	73,0	73,0	73,0
	protestante	1	2,7	2,7	75,7
	otro	9	24,3	24,3	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Ocupación					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	trabajador informal	2	5,4	5,4	5,4
	empleado	5	13,5	13,5	18,9
	desempleado	12	32,4	32,4	51,4
	independiente	15	40,5	40,5	91,9
	jubilado	3	8,1	8,1	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Régimen de seguridad social					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	subsidiado	13	35,1	35,1	35,1
	vinculado	3	8,1	8,1	43,2

	contributivo	19	51,4	51,4	94,6
	prepaga	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20 a 29 años	6	16,2	16,2	16,2
	30 a 39 años	10	27,0	27,0	43,2
	40 a 49 años	14	37,8	37,8	81,1
	50 a 59 años	5	13,5	13,5	94,6
	mayor de 60 años	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Diagnóstico de VIH					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válidos	1 a 11 meses	1	2,7	2,7	2,7
	1 a 5 años	11	29,7	29,7	32,4
	más de 5 años	25	67,6	67,6	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Actualmente está en tratamiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	36	97,3	97,3	97,3
	no	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Abandono del tratamiento					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	19	51,4	51,4	51,4
	no	18	48,6	48,6	100,0

	To tal	37	100,0	100,0	
--	-----------	----	-------	-------	--

categoría razones no abandono					
		Frecuen cia	Porcent aje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Váli dos	Apoyo	2	5,4	5,4	5,4
	Ganas de vivir	2	5,4	5,4	10,8
	N/A	19	51,4	51,4	62,2
	Por salud	14	37,8	37,8	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Tiempo de abandono					
		Frecuen cia	Porcent aje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Váli dos	menos de un mes	4	10,8	10,8	10,8
	1 a 3 meses	4	10,8	10,8	21,6
	4 a 6 meses	3	8,1	8,1	29,7

	7 a 10 meses	3	8,1	8,1	37,8
	más de 11 meses	5	13,5	13,5	51,4
	N/A	18	48,6	48,6	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Abandono es total o parcial					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	total	13	35,1	35,1	35,1
	parcial	6	16,2	16,2	51,4
	N/A	18	48,6	48,6	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Cuántas veces					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	7	18,9	18,9	18,9
	2	6	16,2	16,2	35,1

	3	4	10,8	10,8	45,9
	4	1	2,7	2,7	48,6
	5	1	2,7	2,7	51,4
	N/A	18	48,6	48,6	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Categoría razones abandono					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Acceso EPS	9	24,3	24,3	24,3
	Consumo PSA	1	2,7	2,7	27,0
	Efectos secundarios	3	8,1	8,1	35,1
	Falta de recursos	2	5,4	5,4	40,5
	N/A	18	48,6	48,6	89,2
	Orientación médica	1	2,7	2,7	91,9
	Por decisión propia	3	8,1	8,1	100,0

	Total	37	100,0	100,0	
--	-------	----	-------	-------	--

Tiempo en reiniciar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menos de un mes	1	2,7	2,7	2,7
	1 a 6 meses	1	2,7	2,7	5,4
	7 a 12 meses	3	8,1	8,1	13,5
	más de un año	12	32,4	32,4	45,9
	no reinicio	2	5,4	5,4	51,4
	N/A	18	48,6	48,6	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Pastillas que toma al día					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	3	8,1	8,1	8,1
	2	25	67,6	67,6	75,7
	3	4	10,8	10,8	86,5
	4	2	5,4	5,4	91,9
	5	1	2,7	2,7	94,6

	N/A	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Tratamiento positivo para la salud					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	35	94,6	94,6	94,6
	no	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Acceso oportuno a los servicios de salud					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	32	86,5	86,5	86,5
	no	4	10,8	10,8	97,3
	3	1	2,7	2,7	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

categoría sentimiento enfermedad actual					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bien	32	86,5	86,5	86,5
	no responde	1	2,7	2,7	89,2
	regular	4	10,8	10,8	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Diagnóstico de depresión					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	15	40,5	40,5	40,5
	no	22	59,5	59,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Apoyo Mama

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	14	37,8	37,8	37,8
	no	23	62,2	62,2	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Apoyo Papa					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	5	13,5	13,5	13,5
	no	32	86,5	86,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Apoyo hermanos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	22	59,5	59,5	59,5

dos	no	15	40,5	40,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Apoyo Otro familiar					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	7	18,9	18,9	18,9
	no	30	81,1	81,1	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Apoyo amigos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	18	48,6	48,6	48,6
	no	19	51,4	51,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Apoyo nadie					
		Frecuen cia	Porcent aje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Váli dos	si	1	2,7	2,7	2,7
	no	36	97,3	97,3	100,0
	To tal	37	100,0	100,0	

Consume alcohol					
		Frecuen cia	Porcent aje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Váli dos	si	15	40,5	40,5	40,5
	no	22	59,5	59,5	100,0
	To tal	37	100,0	100,0	

Cada cuanto consumé alcohol					
		Frecuen cia	Porcent aje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Váli	semanal	1	2,7	2,7	2,7

dos	cada quince días	1	2,7	2,7	5,4
	5	13	35,1	35,1	40,5
	N/A	22	59,5	59,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Cuántos tragos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1 a 3	4	10,8	10,8	10,8
	4 a 6	4	10,8	10,8	21,6
	mas de 6	7	18,9	18,9	40,5
	N/A	22	59,5	59,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

consume cigarrillo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	5	13,5	13,5	13,5
	no	32	86,5	86,5	100,0

	Total	37	100,0	100,0	
--	-------	----	-------	-------	--

Cuántos cigarrillos al día					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	medio paquete día	1	2,7	2,7	2,7
	menos de medio paquete día	4	10,8	10,8	13,5
	N/A	32	86,5	86,5	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Consumí drogas psicoactivas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	37	100,0	100,0	100,0

Cuáles drogas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado

Válidos	N/A	37	100,0	100,0	100,0
---------	-----	----	-------	-------	-------

Cruce de variables.

Tabla de contingencia Orientación sexual * Estado civil					
			Estado civil		
			casado	Soltero	viudo
Orientación sexual	heterosexual	Recuento	1	2	1
		% dentro de Orientación sexual	25,0%	50,0%	25,0%
	homosexual	Recuento	0	26	0
		% dentro de Orientación sexual	0,0%	96,3%	0,0%
	bisexual	Recuento	1	4	1
		% dentro de Orientación sexual	16,7%	66,7%	16,7%
Total		Recuento	2	32	2
		% dentro de Orientación sexual	5,4%	86,5%	5,4%

Tabla de contingencia Orientación sexual * Estado civil
--

			Estado civil	Total
			unión libre	
Orientación sexual	heterosexual	Recuento	0	4
		% dentro de Orientación sexual	0,0%	100,0%
	homosexual	Recuento	1	27
		% dentro de Orientación sexual	3,7%	100,0%
	bisexual	Recuento	0	6
		% dentro de Orientación sexual	0,0%	100,0%
Total		Recuento	1	37
		% dentro de Orientación sexual	2,7%	100,0%

Tabla de contingencia Orientación sexual * Escolaridad					
			Escolaridad		
			analfabeta	primaria	Secundaria
Orientación	heterosex	Recuento	0	1	1

sexual	ual	% dentro de Orientación sexual	0,0%	25,0 %	25,0%
	homosex ual	Recuento	1	2	5
		% dentro de Orientación sexual	3,7%	7,4%	18,5%
	bisexual	Recuento	0	0	0
		% dentro de Orientación sexual	0,0%	0,0%	0,0%
Total		Recuento	1	3	6
		% dentro de Orientación sexual	2,7%	8,1%	16,2%

Tabla de contingencia Orientación sexual * Escolaridad					
			Escolaridad		
			Técni co	Tecnól ogo	Universit ario
Orientación sexual	heterosex ual	Recuento	2	0	0
		% dentro de Orientación sexual	50,0%	0,0%	0,0%
	homosexu al	Recuento	6	3	10
		% dentro de Orientación sexual	22,2%	11,1%	37,0%
	bisexual	Recuento	3	1	2

		% dentro de Orientación sexual	50,0%	16,7%	33,3%
Total		Recuento	11	4	12
		% dentro de Orientación sexual	29,7%	10,8%	32,4%

Tabla de contingencia Orientación sexual * Escolaridad			
			Total
Orientación sexual	heterosexual	Recuento	4
		% dentro de Orientación sexual	100,0%
	homosexual	Recuento	27
		% dentro de Orientación sexual	100,0%
	bisexual	Recuento	6
		% dentro de Orientación sexual	100,0%
Total		Recuento	37
		% dentro de Orientación sexual	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Orientación sexual				
		Orientación sexual		
		Heterose xual	Homose xual	Bisex ual

Abandono del tratamiento	si	Recuento	1	14	4
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,3%	73,7%	21,1%
	no	Recuento	3	13	2
		% dentro de Abandono del tratamiento	16,7%	72,2%	11,1%
Total	Recuento		4	27	6
	% dentro de Abandono del tratamiento		10,8%	73,0%	16,2%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Orientación sexual			
			Total
Abandono del tratamiento	si	Recuento	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
	no	Recuento	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
Total		Recuento	37

	% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
--	--------------------------------------	--------

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Estado civil					
			Estado civil		
			casado	soltero	viudo
Abandono del tratamiento	si	Recuento	1	16	1
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,3%	84,2%	5,3%
	no	Recuento	1	16	1
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,6%	88,9%	5,6%
Total		Recuento	2	32	2
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,4%	86,5%	5,4%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Estado civil
--

			Estado civil	Total
			unión libre	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	1	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,3%	100,0%
	no	Recuento	0	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	100,0%
Total		Recuento	1	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	2,7%	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Estrato					
			Estrato		
			1	2	3
Abandono del tratamiento	si	Recuento	3	4	8
		% dentro de Abandono del tratamiento	15,8 %	21,1 %	42,1 %
	no	Recuento	5	2	8

		% dentro de Abandono del tratamiento	27,8 %	11,1 %	44,4 %
Total		Recuento	8	6	16
		% dentro de Abandono del tratamiento	21,6 %	16,2 %	43,2 %

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Estrato				
			Estrato	Total
			4	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	4	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	21,1%	100,0%
	no	Recuento	3	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	16,7%	100,0%
Total		Recuento	7	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	18,9%	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Escolaridad

			Escolaridad		
			analfabeta	primaria	Secundaria
Abandono del tratamiento	si	Recuento	0	3	5
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	15,8%	26,3%
	no	Recuento	1	0	1
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,6%	0,0%	5,6%
Total		Recuento	1	3	6
		% dentro de Abandono del tratamiento	2,7%	8,1%	16,2%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Escolaridad

			Escolaridad		
			técnico	Tecnólogo	universitario
Abandono del	si	Recuento	5	1	5

tratamiento		% dentro de Abandono del tratamiento	26,3%	5,3%	26,3%
	no	Recuento	6	3	7
		% dentro de Abandono del tratamiento	33,3%	16,7%	38,9%
Total		Recuento	11	4	12
		% dentro de Abandono del tratamiento	29,7%	10,8%	32,4%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Escolaridad			
			Total
Abandono del tratamiento	si	Recuento	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
	no	Recuento	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
Total		Recuento	37

	% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
--	--------------------------------------	--------

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Ocupación				
			Ocupación	
			trabajador informal	Empleo
Abandono del tratamiento	si	Recuento	1	1
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,3%	5,3%
	no	Recuento	1	4
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,6%	22,2%
Total		Recuento	2	5
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,4%	13,5%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Ocupación	
	Ocupación

			desempleado	Independiente
Abandono del tratamiento	si	Recuento	9	6
		% dentro de Abandono del tratamiento	47,4%	31,6%
	no	Recuento	3	9
		% dentro de Abandono del tratamiento	16,7%	50,0%
Total		Recuento	12	15
		% dentro de Abandono del tratamiento	32,4%	40,5%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Ocupación				
			Ocupación	Total
			jubilado	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	2	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	10,5%	100,0%
	no	Recuento	1	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,6%	100,0%

Total	Recuento	3	37
	% dentro de Abandono del tratamiento	8,1%	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Régimen de seguridad social					
			Régimen de seguridad social		
			subsidiado	vinculado	Contributivo
Abandono del tratamiento	si	Recuento	7	1	11
		% dentro de Abandono del tratamiento	36,8%	5,3%	57,9%
	no	Recuento	6	2	8
		% dentro de Abandono del tratamiento	33,3%	11,1%	44,4%
Total		Recuento	13	3	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	35,1%	8,1%	51,4%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Régimen de seguridad social

			Régimen de seguridad social	Total
			prepagada	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	0	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	100,0%
	no	Recuento	2	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	11,1%	100,0%
Total		Recuento	2	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,4%	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * edades				
			Edades	
			20 a 29 años	30 a 39 años
Abandono del tratamiento	si	Recuento	3	5
		% dentro de Abandono del tratamiento	15,8%	26,3%

	no	Recuento	3	5
		% dentro de Abandono del tratamiento	16,7%	27,8%
Total		Recuento	6	10
		% dentro de Abandono del tratamiento	16,2%	27,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * edades				
			Edades	
			40 a 49 años	50 a 59 años
Abandono del tratamiento	si	Recuento	8	2
		% dentro de Abandono del tratamiento	42,1%	10,5%
	no	Recuento	6	3
		% dentro de Abandono del tratamiento	33,3%	16,7%
Total		Recuento	14	5
		% dentro de Abandono del tratamiento	37,8%	13,5%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * edades				
			Edades	Total
			mayor de 60 años	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	1	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,3%	100,0%
	no	Recuento	1	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,6%	100,0%
Total		Recuento	2	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,4%	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Diagnostico de VIH				
			Diagnóstico de VIH	
			1 a 11 meses	1 a 5 años
Abandono del	si	Recuento	0	6

tratamiento		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	31,6%
	no	Recuento	1	5
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,6%	27,8%
Total		Recuento	1	11
		% dentro de Abandono del tratamiento	2,7%	29,7%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Diagnostico de VIH				
			Diagnóstico de VIH	Total
			más de 5 años	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	13	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	68,4%	100,0%
	no	Recuento	12	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	66,7%	100,0%

Total	Recuento	25	37
	% dentro de Abandono del tratamiento	67,6%	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * categoría razones no abandono					
			categoría razones no abandono		
			Apoyo	Ganas de vivir	N/A
Abandono del tratamiento	si	Recuento	0	0	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	0,0%	100,0%
	no	Recuento	2	2	0
		% dentro de Abandono del tratamiento	11,1%	11,1%	0,0%
Total		Recuento	2	2	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,4%	5,4%	51,4%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * categoría razones no abandono

			razones no abandono	Total
			Por salud	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	0	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	100,0%
	no	Recuento	14	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	77,8%	100,0%
Total		Recuento	14	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	37,8%	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * categoría razones abandono				
			categoría razones abandono	
			Acceso EPS	Consumo PSA
Abandono del	si	Recuento	9	1

tratamiento		% dentro de Abandono del tratamiento	47,4%	5,3%
	no	Recuento	0	0
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	0,0%
Total		Recuento	9	1
		% dentro de Abandono del tratamiento	24,3%	2,7%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * categoría razones abandono				
			categoría razones abandono	
			Efectos secundarios	Falta de recursos
Abandono del tratamiento	si	Recuento	3	2
		% dentro de Abandono del tratamiento	15,8%	10,5%
	no	Recuento	0	0
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	0,0%
Total		Recuento	3	2

	% dentro de Abandono del tratamiento	8,1%	5,4%
--	---	------	------

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * categoría razones abandono				
			categoría razones abandono	
			N/A	Orientación médica
Abandono del tratamiento	si	Recuento	0	1
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	5,3%
	no	Recuento	18	0
		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%	0,0%
Total		Recuento	18	1
		% dentro de Abandono del tratamiento	48,6%	2,7%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * categoría razones abandono		
	categoría razones abandono	Total

		Por decisión propia		
Abandono del tratamiento	si	Recuento	3	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	15,8%	100,0%
	no	Recuento	0	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	100,0%
Total		Recuento	3	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	8,1%	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Tiempo de abandonado				
			Tiempo de abandonado	
			menos de un mes	1 a 3 meses
Abandono del tratamiento	si	Recuento	4	4
		% dentro de Abandono del tratamiento	21,1%	21,1%
	no	Recuento	0	0

		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	0,0%
Total		Recuento	4	4
		% dentro de Abandono del tratamiento	10,8%	10,8%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Tiempo de abandonado				
			Tiempo de abandonado	
			4 a 6 meses	7 a 10 meses
Abandono del tratamiento	si	Recuento	3	3
		% dentro de Abandono del tratamiento	15,8%	15,8%
	no	Recuento	0	0
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	0,0%
Total		Recuento	3	3
		% dentro de Abandono del tratamiento	8,1%	8,1%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Tiempo de abandonado					
			Tiempo de abandonado		Total
			más de 11 meses	N/A	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	5	0	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	26,3%	0,0%	100,0%
	no	Recuento	0	18	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	5	18	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	13,5%	48,6%	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Abandono es total o parcial	
	Abandono es total o parcial

		total	parcia 1	N/A	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	13	6	0
		% dentro de Abandono del tratamiento	68,4 %	31,6 %	0,0%
	no	Recuento	0	0	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	0,0%	100,0 %
Total		Recuento	13	6	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	35,1 %	16,2 %	48,6 %

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Abandono es total o parcial			
			Total
Abandono del tratamiento	si	Recuento	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
	no	Recuento	18

		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
Total	Recuento		37
	% dentro de Abandono del tratamiento		100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Cuántas veces					
			Cuántas veces		
			1	2	3
Abandono del tratamiento	si	Recuento	7	6	4
		% dentro de Abandono del tratamiento	36,8 %	31,6 %	21,1 %
	no	Recuento	0	0	0
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	0,0%	0,0%
Total		Recuento	7	6	4
		% dentro de Abandono del tratamiento	18,9 %	16,2 %	10,8 %

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Cuántas veces					
			Cuántas veces		
			4	5	N/A
Abandono del tratamiento	si	Recuento	1	1	0
		% dentro de Abandono del tratamiento	5,3%	5,3%	0,0%
	no	Recuento	0	0	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	0,0%	100,0 %
Total		Recuento	1	1	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	2,7%	2,7%	48,6%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Cuántas veces			
			Total
Abandono del tratamiento	si	Recuento	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
	no	Recuento	18

		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
Total	Recuento		37
	% dentro de Abandono del tratamiento		100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Acceso oportuno a los servicios de salud					
			Acceso oportuno a los servicios de salud		
			si	no	3
Abandono del tratamiento	si	Recuento	16	2	1
		% dentro de Abandono del tratamiento	84,2%	10,5%	5,3%
	no	Recuento	16	2	0
		% dentro de Abandono del tratamiento	88,9%	11,1%	0,0%
Total		Recuento	32	4	1

	% dentro de Abandono del tratamiento	86,5%	10,8%	2,7%
--	--	-------	-------	------

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Acceso oportuno a los servicios de salud			
			Total
Abandono del tratamiento	si	Recuento	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
	no	Recuento	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%
Total		Recuento	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Apoyo Mama			
	Apoyo Mama		Total
	si	no	

Abandono del tratamiento	si	Recuento	7	12	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	36,8 %	63,2 %	100,0 %
	no	Recuento	7	11	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	38,9 %	61,1 %	100,0 %
Total	Recuento		14	23	37
	% dentro de Abandono del tratamiento		37,8 %	62,2 %	100,0 %

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Apoyo Papa					
			Apoyo Papa		Total
			si	no	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	5	14	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	26,3 %	73,7 %	100,0 %
	no	Recuento	0	18	18

		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	100,0 %	100,0 %
Total		Recuento	5	32	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	13,5 %	86,5 %	100,0 %

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Apoyo hermanos					
			Apoyo hermanos		Total
			si	no	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	11	8	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	57,9 %	42,1 %	100,0 %
	no	Recuento	11	7	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	61,1 %	38,9 %	100,0 %
Total		Recuento	22	15	37

	% dentro de Abandono del tratamiento	59,5 %	40,5 %	100,0 %
--	--	-----------	-----------	------------

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Apoyo Otro familiar					
			Apoyo Otro familiar		Total
			si	no	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	5	14	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	26,3 %	73,7 %	100,0 %
	no	Recuento	2	16	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	11,1 %	88,9 %	100,0 %
Total		Recuento	7	30	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	18,9 %	81,1 %	100,0 %

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Apoyo amigos					
			Apoyo amigos		Total
			si	no	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	8	11	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	42,1 %	57,9 %	100,0 %
	no	Recuento	10	8	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	55,6 %	44,4 %	100,0 %
Total		Recuento	18	19	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	48,6 %	51,4 %	100,0 %

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Apoyo nadie					
			Apoyo nadie		Total
			si	no	
Abandono del	si	Recuento	1	18	19

tratamiento		% dentro de Abandono del tratamiento	5,3%	94,7%	100,0%
	no	Recuento	0	18	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	1	36	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	2,7%	97,3%	100,0%

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * Consume alcohol					
			Consume alcohol		Total
			si	no	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	9	10	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	47,4%	52,6%	100,0%
	no	Recuento	6	12	18

		% dentro de Abandono del tratamiento	33,3 %	66,7 %	100,0 %
Total		Recuento	15	22	37
		% dentro de Abandono del tratamiento	40,5 %	59,5 %	100,0 %

Tabla de contingencia Abandono del tratamiento * consume cigarrillo					
			consume cigarrillo		Total
			si	no	
Abandono del tratamiento	si	Recuento	2	17	19
		% dentro de Abandono del tratamiento	10,5 %	89,5 %	100,0 %
	no	Recuento	3	15	18
		% dentro de Abandono del tratamiento	16,7 %	83,3 %	100,0 %
Total		Recuento	5	32	37

	% dentro de Abandono del tratamiento	13,5 %	86,5 %	100,0 %
--	--	-----------	-----------	------------

Anexo 5. Calculo de saludas del OR.**ORIENTACIÓN SEXUAL**

Tabla

Enfermos	Sanos	Total	
-----	-----	-----	-----
HOMOSEXUAL	14	13	27
NO HOMOSEXUAL		5	5
			10
-----	-----	-----	-----
Total	19	18	37

OR IC(95,0%)

-----	-----	-----	-----
1,076923	0,252269	4,597333	(Woolf)
0,265679	4,368737		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación Estadístico Valor p

Sin corrección	0,0100	0,9203
Corrección de Yates	0,0730	0,7870

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral	0,6054
Bilateral	1,0000

EDAD

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
MENOR DE 40	9	11	20
MAYOR DE 40	10	8	18
Total	19	19	38

OR IC(95,0%)

0,654545	0,181847	2,355986	(Woolf)
0,185746	2,306774		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación Estadístico Valor p

-----	-----	-----
Sin corrección	0,4222	0,5158
Corrección de Yates	0,1056	0,7453

Prueba exacta de Fisher Valor p

-----	-----
Unilateral	0,3729
Bilateral	0,7459

ESTADO CIVIL

Tabla

Enfermos	Sanos	Total	
-----	-----	-----	
SOLTERO	16	16	32
NO SOLTERO	3	2	5
-----	-----	-----	
Total	19	18	37

OR IC(95,0%)

-----	-----	-----	-----
0,714286	0,122813	4,154306	(Woolf)
0,140487	3,686032	(Cornfield)	

Prueba Ji-cuadrado de asociación Estadístico Valor p

Sin corrección	0,1411	0,7072
Corrección de Yates	0,0047	0,9455

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral	0,5269
Bilateral	1,0000

NIVEL EDUCATIVO

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total	
BACHILLER	8	2	10	
MAS DE BACHILLER	11	16	27	
Total	19	18	37	

OR	IC(95,0%)		
4,878261	0,986329	24,127276	(Woolf)

1,055821 21,793858 (Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación Estadístico Valor p

Sin corrección 4,1427 0,0418

Corrección de Yates 2,8204 0,0931

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,0382

Bilateral 0,0625

OCUPACION

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
EMPLEADO	9	14	23
NO EMPLEADO	10	4	14
Total	19	18	37

OR IC(95,0%)

0,280788 0,071041 1,109803 (Woolf)

0,073972 1,075930 (Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación Estadístico Valor p

Sin corrección 3,4183 0,0645

Corrección de Yates 2,3092 0,1286

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral 0,0577

Bilateral 0,0911

REGIMEN DE AFILIACIÓN

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total	
CONTRIBUTIVO	11	10	21	
SUBSIDIADO	8	8	16	
Total	19	18	37	

OR IC(95,0%)

-----	-----	-----	
1,095238	0,308687	3,885962	(Woolf)
0,315442	3,804241		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación Estadístico Valor p

-----	-----	-----
Sin corrección	0,0198	0,8880
Corrección de Yates	0,0332	0,8554

Prueba exacta de Fisher Valor p

-----	-----
Unilateral	0,5744
Bilateral	1,0000

TIEMPO DIAGNOSTICO

Tabla

Enfermos	Sanos	Total	
-----	-----	-----	
< CINCO AÑOS	6	6	12
> CINCO AÑOS	13	12	25
-----	-----	-----	
Total	19	18	37

OR	IC(95,0%)		
-----	-----	-----	
0,925926	0,244431	3,507491	(Woolf)
0,252409	3,394348		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,0128	0,9098
Corrección de Yates	0,0513	0,8208

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,5930
Bilateral	1,0000

TOTAL PILDORAS/DIA

Tabla

Enfermos	Sanos		Total
-----	-----	-----	-----
6 O MENOS	13	15	28
7 O MAS	4	2	6
-----	-----	-----	-----
Total	17	17	34

OR	IC(95,0%)		
-----	-----	-----	
0,483871	0,087553	2,674154	(Woolf)
0,098785	2,428210		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0,7094	0,3997
Corrección de Yates	0,1773	0,6737

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-----	-----
Unilateral	0,3281
Bilateral	0,6562

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Tabla

Enfermos	Sanos	Total	
-----	-----	-----	
ACCESO	16	16	32
NO ACCESO	3	2	5
-----	-----	-----	

Total	19	18	37
-------	----	----	----

OR	IC(95,0%)
----	-----------

-----	-----	-----	
0,714286	0,122813	4,154306	(Woolf)
0,140487	3,686032		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
----------------------------------	-------------	---------

-----	-----	-----
Sin corrección	0,1411	0,7072
Corrección de Yates	0,0047	0,9455

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-------------------------	---------

-----	-----
Unilateral	0,5269
Bilateral	1,0000

CONSUMO DE ALCOHOL

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
-----	-----	-----	-----
CONSUMO ALCOHO	9	6	15
NO CONSUMO	10	12	22

Total	19	18	37
-------	----	----	----

OR IC(95,0%)

1,739927	0,478130	6,331632	(Woolf)
0,489506	6,169889		(Cornfield)

Prueba Ji-cuadrado de asociación Estadístico Valor p

Sin corrección	0,7112	0,3990
Corrección de Yates	0,2680	0,6047

Prueba exacta de Fisher Valor p

Unilateral	0,2972
Bilateral	0,5077

CONSUMO DE CIGARRILLO

Tabla

	Enfermos	Sanos	Total
SI	2	3	5

NO	17	15	32
----	----	----	----

Total	19	18	37
-------	----	----	----

OR	IC(95,0%)
----	-----------

0,632653	0,108724	3,681322	(Woolf)
----------	----------	----------	---------

0,124307	3,265099	(Cornfield)
----------	----------	-------------

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
----------------------------------	-------------	---------

Sin corrección	0,2624	0,6085
----------------	--------	--------

Corrección de Yates	0,0047	0,9455
---------------------	--------	--------

Prueba exacta de Fisher	Valor p
-------------------------	---------

Unilateral	0,4731
------------	--------

Bilateral	0,6599
-----------	--------

