

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA  
ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN  
PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA TRATADOS EN EL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020”**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Sucasaca Cusi, Elizabeth**

Para optar por el Título Profesional de:

**Medico Cirujana**

**Asesor:**

Dr. Luza Casaverde, Edwin Wilder

**Arequipa - Perú  
2020**



**INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS**  
**DECRETO N° 089 - FMH-2020**

Visto el Borrador de Tesis titulado:

**“RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020”**

Presentado por el (la) Sr(ta):

**SUCASACA CUSI, ELIZABETH**


Nuestro dictamen es:

**FAVORABLE**

OBSERVACIONES:

**PROCEDE**

Arequipa, ..... **04-03-2020** .....

  
.....  
DR. JESUS SALINAS GAMERO

  
Dr. Aldo Lopez Ticona  
MEDICINA INTERNA  
C.M.P. 38988 - R.N.E. 19254  
.....  
DR. ALDO LOPEZ TICONA

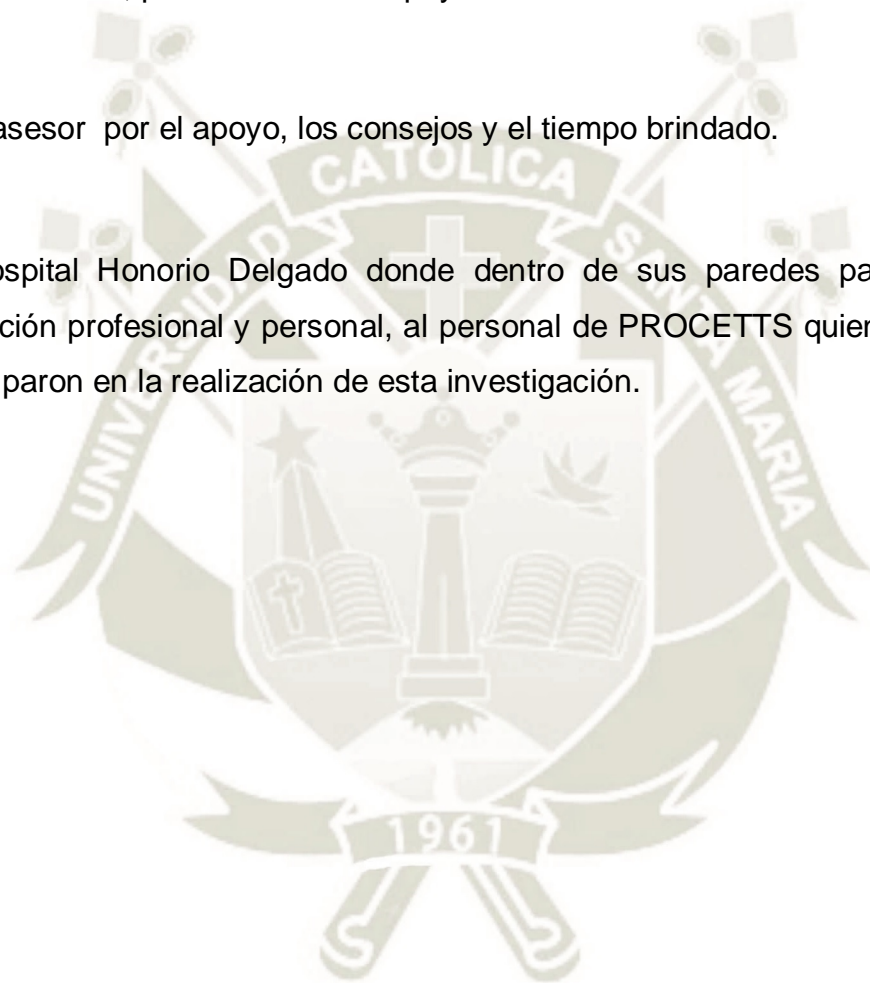
  
.....  
DR. ALEJANDRO BARRIONUEVO POQUET

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas que hicieron todo esto posible. A mis padres y a toda mi familia, por su constante apoyo.

A mi asesor por el apoyo, los consejos y el tiempo brindado.

Al Hospital Honorio Delgado donde dentro de sus paredes pase un año de formación profesional y personal, al personal de PROCETTS quienes facilitaron y participaron en la realización de esta investigación.

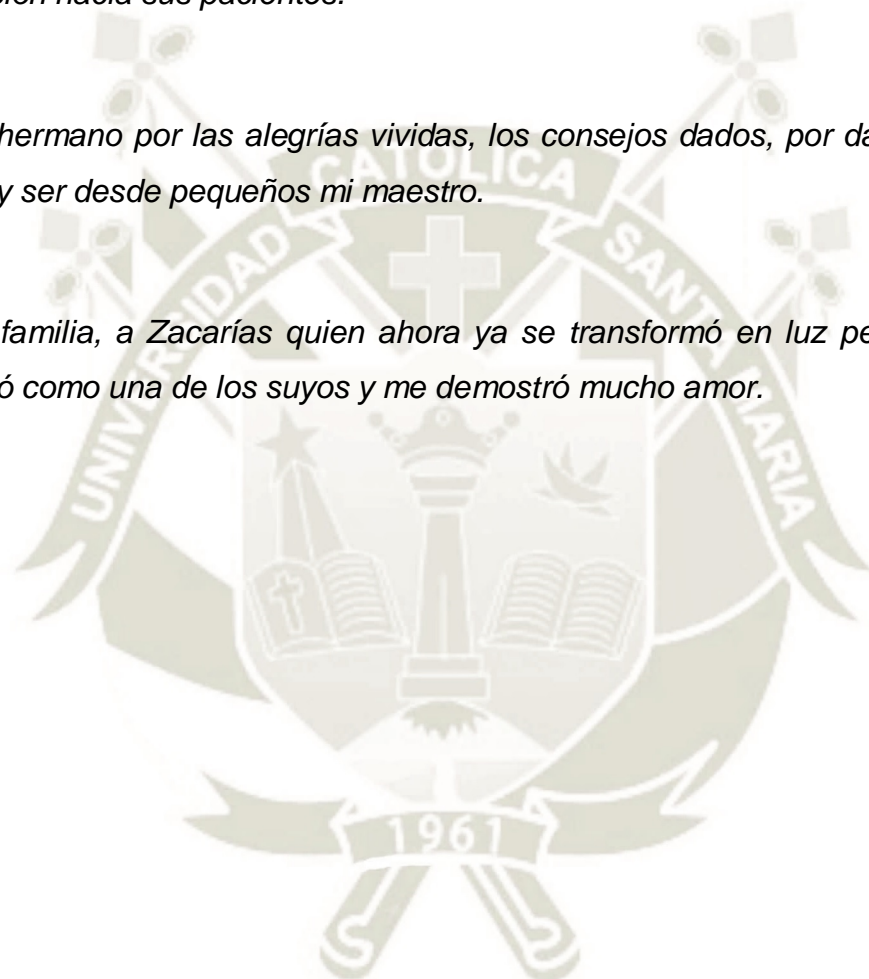


## DEDICATORIA

*A mis padres por siempre apoyarme y motivarme a cumplir mis metas y sueños, a mamá por su amor incondicional y por mostrarme su pasión por lo que hace y devoción hacia sus pacientes.*

*A mi hermano por las alegrías vividas, los consejos dados, por darse en todo de lleno y ser desde pequeños mi maestro.*

*A mi familia, a Zacarías quien ahora ya se transformó en luz pero siempre me acogió como una de los suyos y me demostró mucho amor.*



## RESUMEN

Establecer la relación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa,

Se encuestó una muestra de 100 pacientes que cumplieron criterios de selección. Se aplicó una ficha de datos, la escala de Morisky-Green para la adherencia, y el test de Zung para evaluar síntomas depresivos. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado y se asocian con coeficiente de correlación de Spearman.

El 82% de pacientes fueron varones y 18% mujeres, con edades que en 70% de casos estuvieron entre los 20 y 39 años. El 55% de pacientes en TARGA fueron heterosexuales, 28% homosexuales y 17% refirieron otra orientación. El nivel de instrucción de los pacientes fue primaria en 3%, secundaria en 52% y superior en 45%. La duración promedio de la enfermedad fue de  $5.80 \pm 4.82$  años. Predominó el esquema TDF/FTC/EFV (Tenofovir, Emtricitabina y Efavirenz) en 61% de casos, y en menor proporción otros esquemas. La adherencia al tratamiento con TARGA fue adecuada en 64% de casos, e inadecuada en 36%. El 32% de pacientes mostraron síntomas depresivos, siendo principalmente leves en 28% y moderados en 4%, no hubo casos de síntomas severos. Cuando no hay depresión, 83.82% de pacientes muestra adherencia al tratamiento, pero cuando hay depresión leve, solo 25% son adherentes, y cuando la depresión es modera, ninguno de los pacientes es adherente al tratamiento ( $p < 0.05$ ), con una asociación de buena intensidad entre ambas variables ( $\rho$  de Spearman  $> 0.60$ ).

La adherencia al TARGA en PVVS es buena, y la frecuencia de síntomas depresivos es alta, lo que puede influir en una mala adherencia.

**PALABRAS CLAVE:** adherencia al tratamiento, terapia antirretroviral de gran actividad, depresión, persona que vive con el virus del SIDA.

## ABSTRACT

To establish the relationship between the presence of depressive symptoms and adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in people living with HIV / AIDS (PLWHA) treated at the Honorio Delgado Regional Hospital in Arequipa, 2020.

A sample of 100 patients who met selection criteria was surveyed. A data sheet, the Morisky-Green scale for adherence, and the Zung test were applied to assess depressive symptoms. Variables are compared by chi-square test and associated with Spearman's correlation coefficient.

82% of patients were male and 18% female, with ages that in 70% of cases were between 20 and 39 years. 55% of HAART patients were heterosexual, 28% homosexual and 17% reported another orientation. The level of instruction of the patients was primary in 3%, secondary in 52 and higher in 45%. The average duration of the disease was  $5.80 \pm 4.82$  years. The TDF / FTC / EFV (Tenofovir, Emtricitabina y Efavirenz) scheme prevailed in 61% of cases, and to a lesser extent various other schemes. Adherence to HAART treatment was adequate in 64% of cases, and inadequate in 36%. 32% of patients showed depressive symptoms, being mainly mild in 28% and moderate in 4%; There were no cases of severe symptoms. When there is no depression, 83.82% of patients show adherence to treatment, but when there is mild depression, only 25% are adherent, and when depression is moderate, none of the patients are adherent to treatment ( $p < 0.05$ ), with an association of good intensity between both variables (Spearman's  $\rho > 0.60$ ).

Adherence to HAART in PLWHA is good, and the frequency of depressive symptoms is high, which can influence poor adherence.

**KEYWORDS:** treatment adhesion, highly active antiretroviral therapy, depression, people living with HIV/AIDS.

## INTRODUCCIÓN

La introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha modificado la historia natural de la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y ha aumentado la supervivencia tanto de los pacientes con SIDA como de los pacientes viviendo con infección por el VIH. De este modo la infección por el VIH ha llegado a ser considerada como una enfermedad de carácter crónico (1).

El tratamiento TARGA consigue controlar la replicación viral, lo que retrasa la progresión clínica de la infección, incrementa de forma significativa la supervivencia y mejora la calidad de vida del paciente; esto debe de llevar a una disminución en los ingresos hospitalarios y consecuentemente en las tasas de letalidad (1).

La obtención de estos beneficios requiere mantener un elevado nivel de adherencia a la terapia prescrita; por el contrario, una baja adherencia originará un rebrote de la actividad viral y se podrá desarrollar rápidamente resistencia a los fármacos. Esto tendrá como consecuencia para el paciente el avance de la infección y la dificultad para encontrar posteriores tratamientos de la misma eficacia, lo cual se traduce en una mayor morbilidad y mortalidad, y en salud pública en el riesgo de transmisión de cepas resistentes a la población (2).

Muchos pacientes infectados por VIH afrontan su situación con sensación de desesperanza, aunque actualmente el diagnóstico no equivale a una sentencia de muerte, lleva consigo el estigma social, con una enfermedad de por vida. Los pacientes infectados pueden experimentar mayor ansiedad y depresión y menor autoestima que otros pacientes, y con frecuencia presentan ira, preocupación, negación, miedo, reacciones somáticas, problemas de sueño, etc (1).

En el Hospital Honorio Delgado se cuenta con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA (ESNITSS) y centraliza la atención y tratamiento de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS), y estos pacientes efectivamente manifiestan síntomas de ansiedad y depresión, y esto puede hacer que no acepten el tratamiento, o no acudan de manera adecuada para el tratamiento, empeorando la situación de su salud tanto física como mental.

Por esta razón surge el interés por conocer la influencia del estado depresivo de PVVS en la adherencia al tratamiento antirretroviral, para poder tomar medidas preventivas y mejorar la calidad de vida de un segmento importante de la población.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que existe una fuerte relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral y la presencia de síntomas depresivos.

Los resultados de la investigación servirán para fomentar un mayor seguimiento tanto de los factores de riesgo de no adherencia y también del perfil psicológico de cada paciente



## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	vii
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS.....	1
CAPÍTULO II RESULTADOS .....	7
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	43
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	47
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES .....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS .....	53
Anexo 1: Ficha de recolección de datos .....	54
Anexo 2 : Escala de Adherencia al Tratamiento Morisky Green .....	55
Anexo 3: Escala de Depresión de Zung .....	56
Anexo 4: Consentimiento Informado.....	57
Anexo 5: Matriz de sistematización de información .....	58
Anexo 6: Proyecto de Investigación .....	61

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de pacientes en TARGA según edad y sexo .....	8
Tabla 2 Distribución de pacientes en TARGA según procedencia .....	10
Tabla 3 Distribución de pacientes en TARGA según estado civil .....	12
Tabla 4 Distribución de pacientes en TARGA según orientación sexual .....	14
Tabla 5 Distribución de pacientes en TARGA según nivel de instrucción .....	16
Tabla 6 Distribución de pacientes en TARGA según ocupación .....	18
Tabla 7 Distribución de pacientes en TARGA según nivel socioeconómico .....	20
Tabla 8 Distribución de pacientes en TARGA según pertenencia al SIS .....	22
Tabla 9 Distribución de pacientes según tiempo de enfermedad .....	24
Tabla 10 Distribución de pacientes según esquema de tratamiento recibido ...	26
Tabla 11 Variación de los niveles de conteo viral y recuento de CD4 con el tratamiento .....	28
Tabla 12 Estadío clínico de los pacientes en TARGA .....	31
Tabla 13 Comorbilidades presentes en los pacientes en TARGA .....	33
Tabla 14 Antecedente de depresión en los pacientes en TARGA .....	35
Tabla 15 Adherencia al tratamiento en pacientes con TARGA según escala de Morisky-Green .....	37
Tabla 16 Niveles de depresión en pacientes con TARGA según escal de Zung	39
Tabla 17 Relación entre los síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento TARGA.....	41

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1 Distribución de pacientes en TARGA según edad y sexo.....	9
Gráfico 2 Distribución de pacientes en TARGA según procedencia.....	11
Gráfico 3 Distribución de pacientes en TARGA según estado civil .....	13
Gráfico 4 Distribución de pacientes en TARGA según orientación sexual.....	15
Gráfico 5 Distribución de pacientes en TARGA según nivel de instrucción .....	17
Gráfico 6 Distribución de pacientes en TARGA según ocupación .....	19
Gráfico 7 Distribución de pacientes en TARGA según nivel socioeconómico ..	21
Gráfico 8 Distribución de pacientes en TARGA según pertenencia al SIS .....	23
Gráfico 9 Distribución de pacientes según tiempo de enfermedad.....	25
Gráfico 10 Distribución de pacientes según esquema de tratamiento recibido	27
Gráfico 11 A Variación de los niveles de conteo viral con el tratamiento .....	29
Gráfico 11 B Variación de los niveles de recuento de CD4 con el tratamiento .	30
Gráfico 12 Estadío clínico de los pacientes en TARGA.....	32
Gráfico 13 Comorbilidades presentes en los pacientes en TARGA .....	34
Gráfico 14 Antecedente de depresión en los pacientes en TARGA .....	36
Gráfico 15 Adherencia al tratamiento en pacientes con TARGA según escala de Morisky-Green .....	38
Gráfico 16 Niveles de depresión en pacientes con TARGA según escala de Zung .....	40
Gráfico 17 Relación entre los síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento TARGA.....	42



# **CAPÍTULO I**

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

## 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) que contendrá la escala de Morisky-Green (Anexo 2), así como la escala de depresión de Zung (Anexo 3) y Consentimiento Informado (Anexo 4).

**Materiales:**

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

## 2. Campo de verificación

### 2.2. Ubicación espacial:

El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

### 2.3. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante el primer bimestre (Enero y Febrero) del año 2020.

### 2.4. Unidades de estudio:

Personas viviendo con VIH/SIDA Tratados con TARGA en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2020.

**Población:** Todas las Personas viviendo con VIH/SIDA Tratados con TARGA en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa; se estiman en 780 personas.

**Muestra:** Se tomó una muestra no probabilística tipo intencional formada por 100 pacientes que cumplieron los criterios de selección.

## 2.5. Criterios de selección:

### Criterios de Inclusión

- Paciente con diagnóstico definitivo de infección por HIV
- Mayor de 18 años de edad
- De ambos sexos
- Participación voluntaria en el estudio

### Criterios de Exclusión

- Paciente que no acuda para tratamiento en un periodo mayor a 4 semanas.
- Paciente con deterioro cognitivo.
- Paciente previamente diagnosticado con trastorno depresivo (previo al diagnóstico definitivo de VIH).

## 3. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

## 4. Diseño de investigación:

Se trata de un estudio Observacional, prospectivo y transversal.

## 5. Estrategia de Recolección de datos

### 5.2. Organización

Se realizaron coordinaciones con la Dirección del Hospital General y los Coordinadores y Jefes del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS), de Farmacia y del Programa TARGA para obtener la autorización para realizar el presente estudio.

Se accedió a las unidades de estudio en el módulo de Atención de las personas viviendo con VIH – SIDA (PVVS), para realizar una valoración de su cumplimiento de tratamiento (adherencia), aplicando un cuestionario administrado por el propio paciente (Anexo 2). Se empleó la Escala de Depresión de Zung para determinar la presencia y la gravedad del cuadro depresivo (Anexo 3), además del Consentimiento Informado (Anexo 4).

### 5.3. Validación de los instrumentos

La ficha de recolección de datos no requiere de validación por tratarse de un instrumento para recolectar datos.

La escala de depresión de Zung ha sido validada en lengua española. Consta de 20 preguntas, es autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual (19).

Proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems. Para los ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta «muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente» vale 1 punto y la respuesta «casi siempre, siempre, casi todo el tiempo» vale 4 puntos (19).

Los ítems en sentido positivo reciben menor puntuación a mayor presencia, de tal modo que la respuesta «muy poco tiempo,...» vale 4 puntos y la respuesta «casi siempre,...» vale 1 punto (19).

Se puede valorar la severidad de la depresión con la siguiente escala:

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido (18).

La escala de adherencia al tratamiento de Morisky Green ha sido validada en lengua española. La versión utilizada, primera versión, cuenta de 4 preguntas de respuesta dicotómica Sí o No para valorar una correcta adherencia terapéutica (8).

El cuestionario consiste en realizar cuatro preguntas al paciente de respuesta dicotómica Sí o No sobre sus actitudes ante la medicación. Se asume que el paciente no es adherente cuando las actitudes no son adecuadas. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento

cuando responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir No/ Sí/ No/ No (19).

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

Fuente: Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. 2018

El test de Morisky Green, tanto el original (que consta de cuatro preguntas) como sus versiones posteriores (de ocho preguntas) debido a su amplio uso en distintas patologías y aplicado en múltiples poblaciones resulta de gran ventaja en comparación a otros cuestionarios que también evalúan adherencia al tratamiento (8).

#### 5.4. Criterios para manejo de resultados

##### a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

##### b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, Anexo 2 y Anexo 3 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

##### c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

##### d) Plan de Codificación:

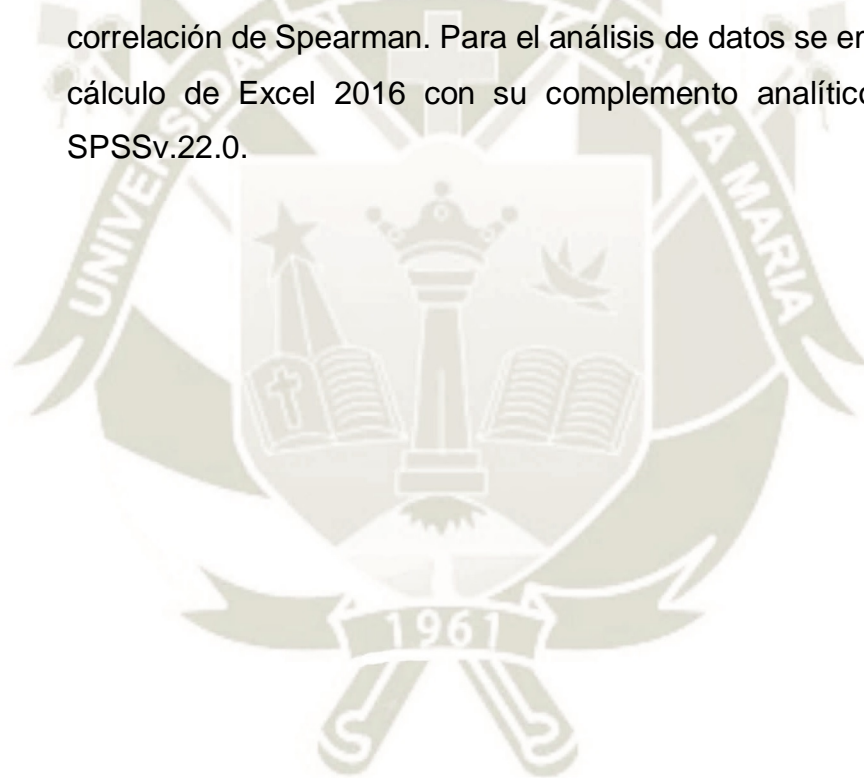
Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

**e) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

**f) Plan de análisis**

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables cualitativas entre grupos independientes se realizó con la prueba chi cuadrado. La asociación entre las variables de adherencia y síntomas depresivos se evaluó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.





## **CAPÍTULO II RESULTADOS**

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Tabla 1**  
**Distribución de pacientes en TARGA según edad y sexo**

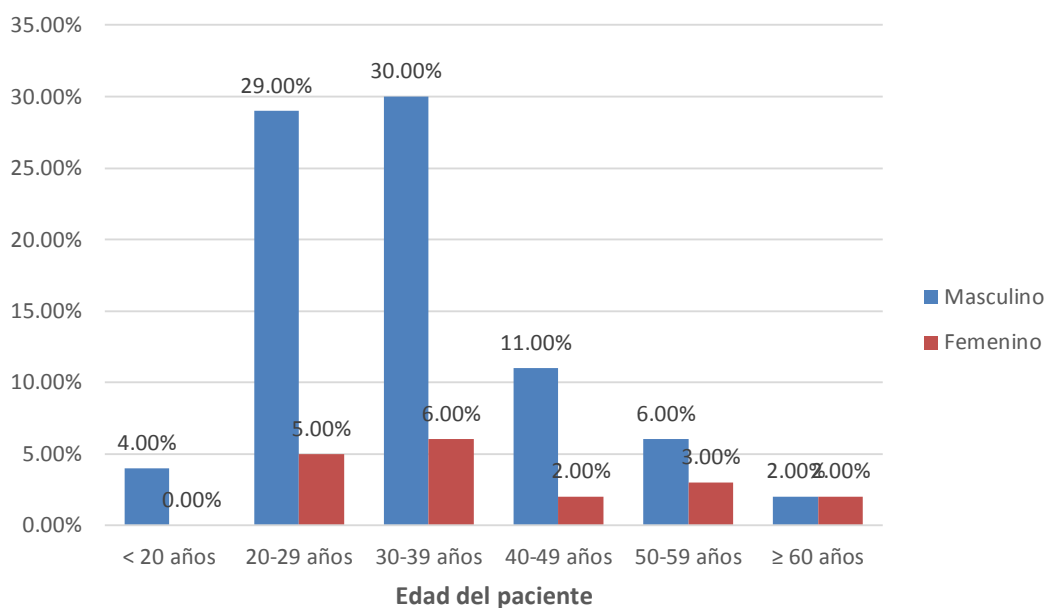
Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 20 años	4	4.00%	0	0.00%	4	4.00%
20-29 años	29	29.00%	5	5.00%	34	34.00%
30-39 años	30	30.00%	6	6.00%	36	36.00%
40-49 años	11	11.00%	2	2.00%	13	13.00%
50-59 años	6	6.00%	3	3.00%	9	9.00%
≥ 60 años	2	2.00%	2	2.00%	4	4.00%
Total	82	82.00%	18	18.00%	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla número 1 podemos observar que dentro de la población estudiada un 70% corresponde a pacientes entre 20-39 años de edad y además un 82% de la población son hombres.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 1**  
**Distribución de pacientes en TARGA según edad y sexo**



Fuente: Elaboración propia

Edad promedio  $\pm$  D. estándar (mín – máx):

- Masculino:  $33.67 \pm 10.13$  años (18 – 62 años)
- Femenino:  $40.28 \pm 13.66$  años (22 – 63 años)

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020

**Tabla 2**  
**Distribución de pacientes en TARGA según procedencia**

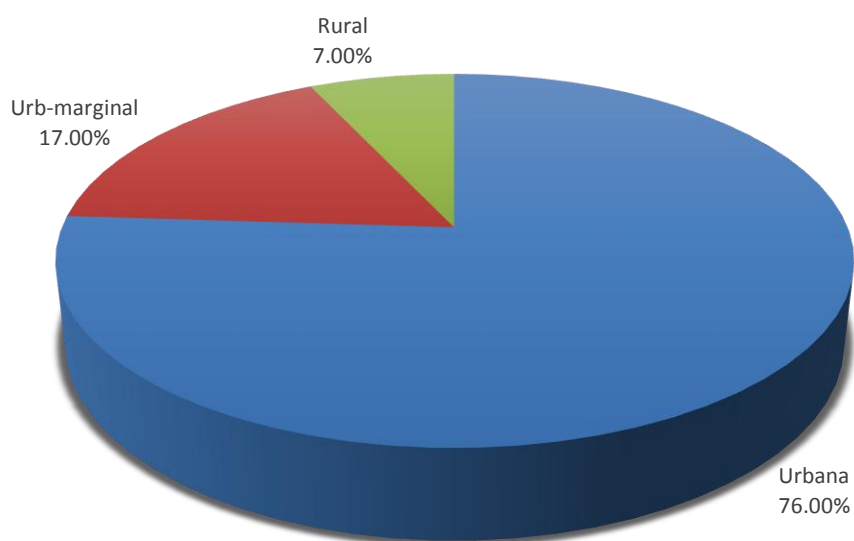
<b>Procedencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Urbana	76	76.00%
Urb-marginal	17	17.00%
Rural	7	7.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla número 2, se evidencia que el 76% de los pacientes proceden de una región urbana.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 2**  
**Distribución de pacientes en TARGA según procedencia**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Tabla 3**  
**Distribución de pacientes en TARGA según estado civil**

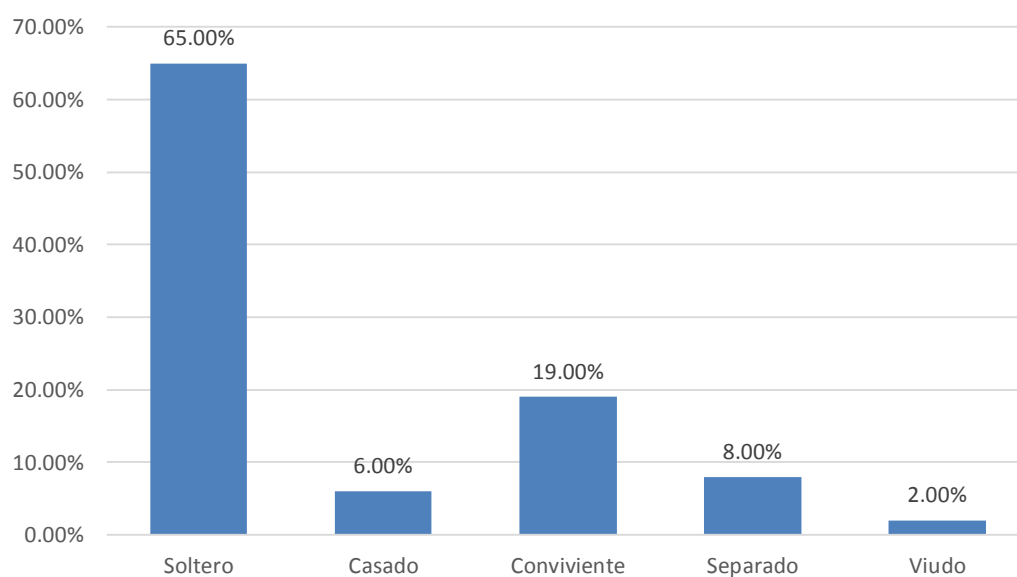
<b>E. civil</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Soltero	65	65.00%
Casado	6	6.00%
Conviviente	19	19.00%
Separado	8	8.00%
Viudo	2	2.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla número 3 se aprecia la distribución de pacientes según estado civil, encontrándose que el 65% de ellos son solteros, seguidos por aquellos que son convivientes que representan el 19%.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 3**  
**Distribución de pacientes en TARGA según estado civil**



Fuente: Elaboración propia

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020

**Tabla 4**  
**Distribución de pacientes en TARGA según orientación sexual**

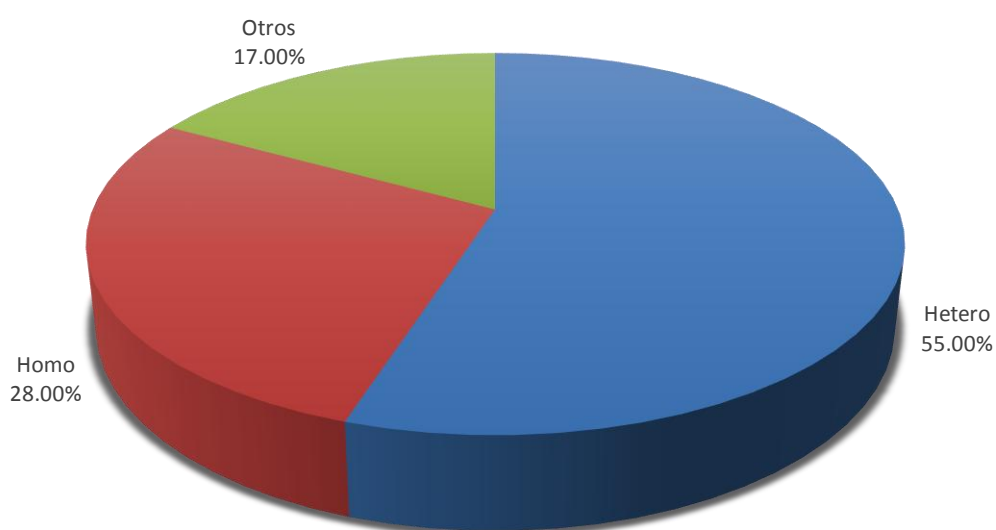
Orientación	N°	%
Heterosexual	55	55.00%
Homosexual	28	28.00%
Otros	17	17.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 se aprecia la distribución de los pacientes según orientación sexual, dentro de los cuales un 55% son heterosexuales, un 28% homosexuales y un 17% refirieron otra orientación sexual, la cual en este caso corresponde en su totalidad a pacientes varones bisexuales.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 4**  
**Distribución de pacientes en TARGA según orientación sexual**



Fuente: Elaboración propia

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020

**Tabla 5**  
**Distribución de pacientes en TARGA según nivel de instrucción**

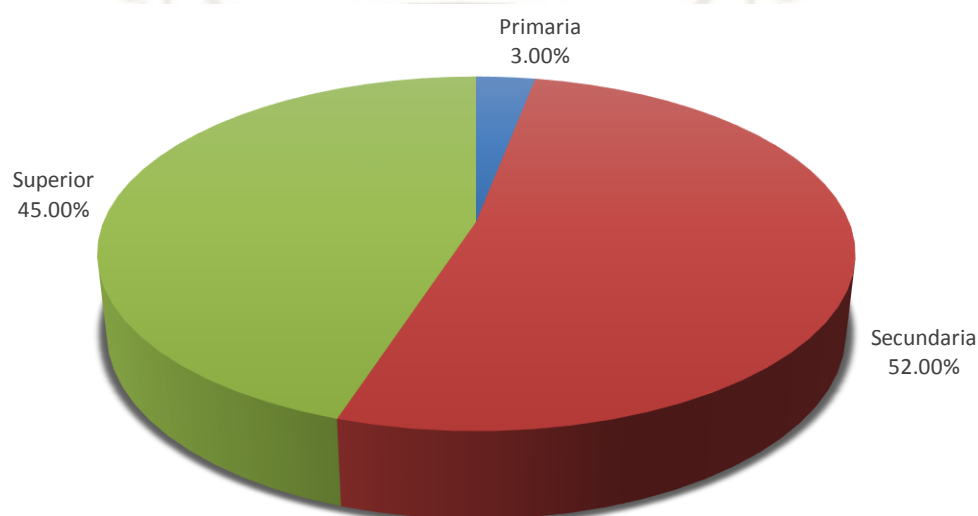
Instrucción	N°	%
Primaria	3	3.00%
Secundaria	52	52.00%
Superior	45	45.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 podemos apreciar la distribución de pacientes según nivel de instrucción, correspondiendo un 52% a aquellos que recibieron educación secundaria.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 5**  
**Distribución de pacientes en TARGA según nivel de instrucción**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Tabla 6**  
**Distribución de pacientes en TARGA según ocupación**

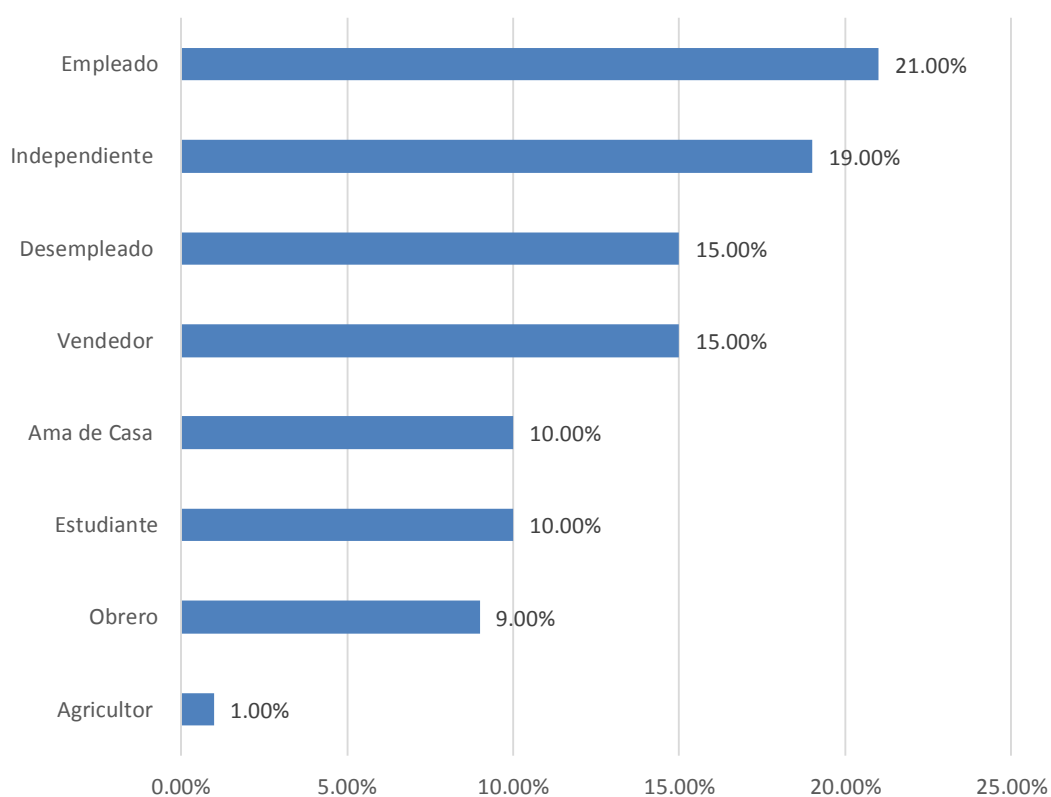
<b>Ocupación</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Empleado	21	21.00%
Independiente	19	19.00%
Desempleado	15	15.00%
Vendedor	15	15.00%
Ama de Casa	10	10.00%
Estudiante	10	10.00%
Obrero	9	9.00%
Agricultor	1	1.00%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 6 se observa la distribución de pacientes según ocupación, dentro de los cuales un 21% corresponde a empleados y un 19% a aquellos que realizan trabajo independiente.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 6**  
**Distribución de pacientes en TARGA según ocupación**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Tabla 7**  
**Distribución de pacientes en TARGA según nivel socioeconómico**

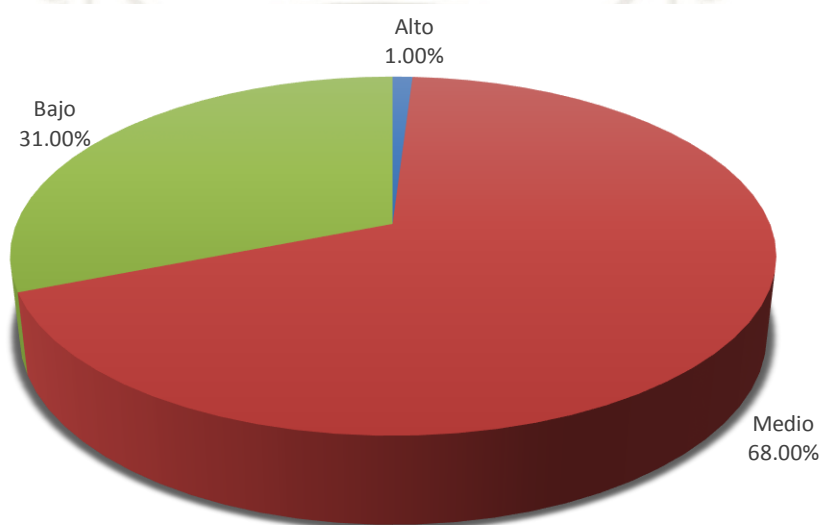
<b>NSE</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alto	1	1.00%
Medio	68	68.00%
Bajo	31	31.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7 podemos apreciar la distribución de pacientes según nivel socioeconómico, correspondiendo un 68% a aquellos con nivel medio.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 7**  
**Distribución de pacientes en TARGA según nivel socioeconómico**



Fuente: Elaboración propia

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020

**Tabla 8**  
**Distribución de pacientes en TARGA según pertenencia al SIS**

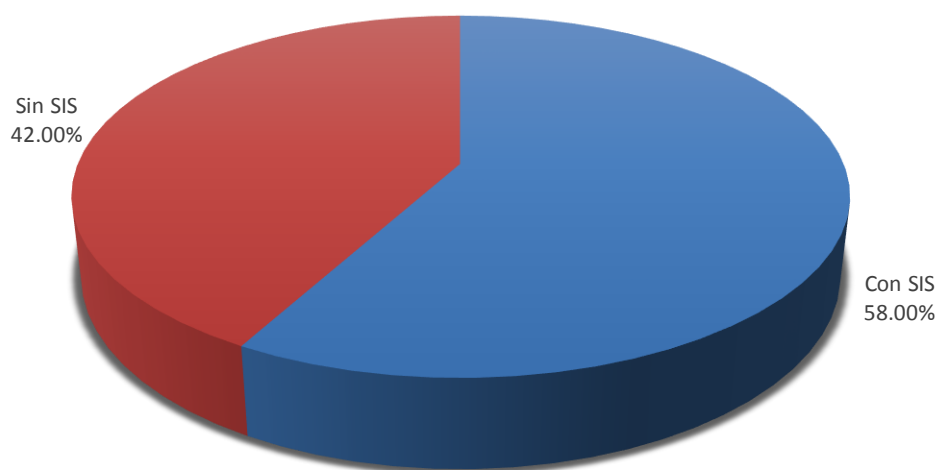
SIS	N°	%
Con SIS	58	58.00%
Sin SIS	42	42.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8 se aprecia la distribución de pacientes según su pertenencia al SIS, dentro de la población estudiada un 58% cuentan con SIS, mientras que un 42% no cuentan con SIS.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 8**  
**Distribución de pacientes en TARGA según pertenencia al SIS**



Fuente: Elaboración propia

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020

**Tabla 9**  
**Distribución de pacientes según tiempo de enfermedad**

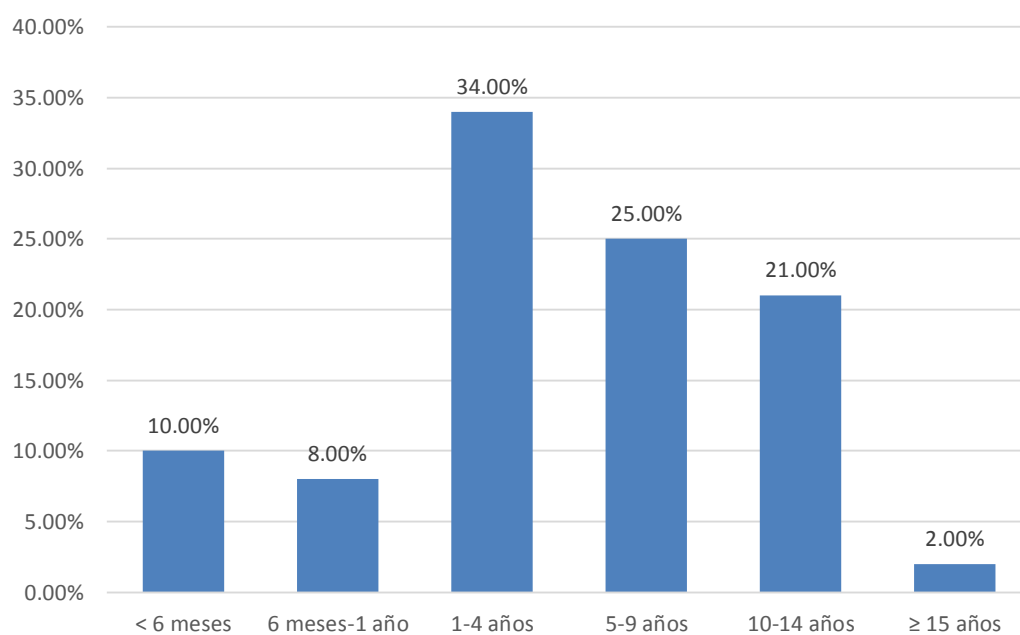
T. enfermedad	N°	%
< 6 meses	10	10.00%
6 meses-1 año	8	8.00%
1-4 años	34	34.00%
5-9 años	25	25.00%
10-14 años	21	21.00%
≥ 15 años	2	2.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9 se aprecia la distribución según tiempo de enfermedad, se observaron dos picos de frecuencia, un 34% de casos tiene un tiempo de enfermedad entre 1-4 años seguido de un 25% de casos con un tiempo de 5-9 años.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 9**  
**Distribución de pacientes según tiempo de enfermedad**



Fuente: Elaboración propia Fuente: Elaboración propia

Promedio  $\pm$  D. estándar (mín – máx): 5.80  $\pm$  4.82 años (1 mes - 19 años)

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Tabla 10**  
**Distribución de pacientes según esquema de tratamiento recibido**

<b>TARGA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
TDF/FTC/EFV	61	61.00%
AZT/3TC + EFV	9	9.00%
TDF/ 3TC + LPV/rtv	8	8.00%
AZT/3TC + LPV/rtv	6	6.00%
AZT/3TC + NVP	5	5.00%
TDF/FTC + LPV/rtv	5	4.00%
LPV/rtv + Raltegravir	3	3.00%
TDF/EFV + 3TC	2	2.00%
TDF + Raltegravir + LPV/rtv	1	1.00%
Total	100	100.00%

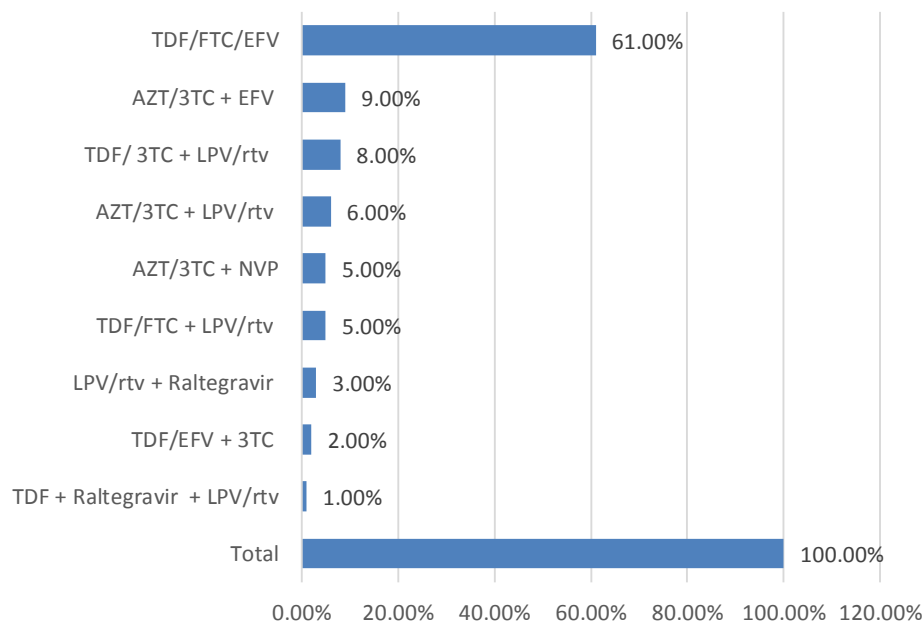
Fuente: Elaboración propia

En la tabla 10 se aprecia la distribución de pacientes según esquema de tratamiento recibido, obteniéndose que el 61% de casos recibe TDF/FTC/EFV (Tenofovir, Emtricitabina y Efavirenz) el cual es el esquema de primera línea según el MINSa.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 10**

**Distribución de pacientes según esquema de tratamiento recibido**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

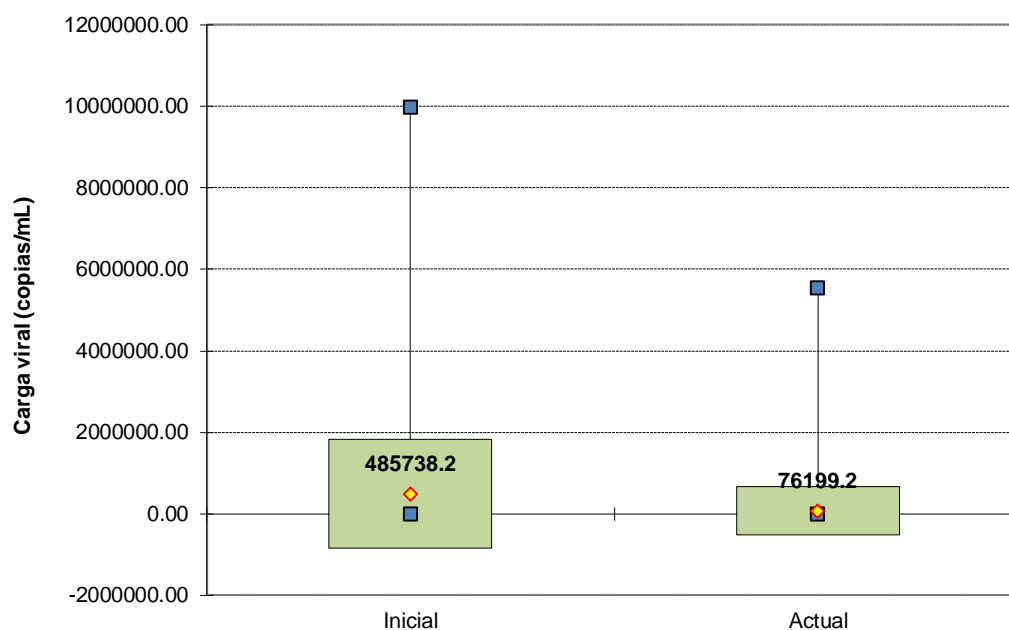
**Tabla 11**  
**Variación de los niveles de conteo viral y recuento de CD4 con el  
tratamiento**

N°	Carga viral (copias /mL)		Conteo CD4 (cél/mm <sup>3</sup> )	
	Inicial	Actual	Inicial	Actual
n°	97	87	99	80
Promedio	485738.20	76199.22	271.24	499.43
D. estándar	1336333.42	596029.74	215.29	304.72
Mínimo	ND	ND	3.00	14.00
Máximo	> 10000000	5550800.00	1130.00	1280.00
Prueba t	2.72		5.62	
p	0.01		< 0.01	

Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 11 A**  
**Variación de los niveles de conteo viral con el tratamiento**

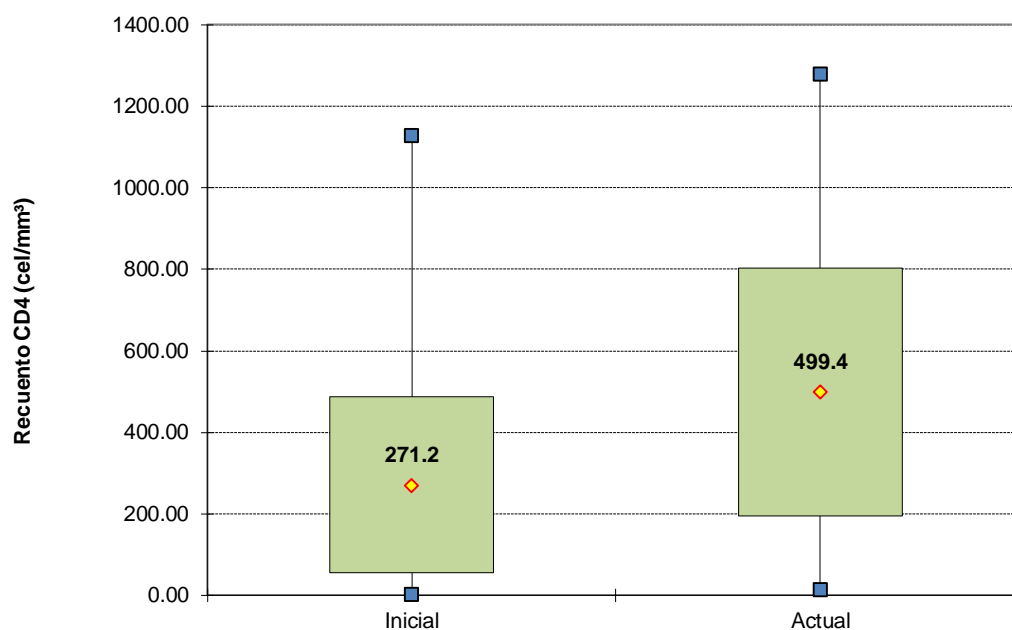


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 11A se aprecia la variación de los niveles de carga viral, encontrándose un promedio inicial de 485 738.20 copias/ml y un promedio actual de 76 199.22 copias/ml.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 11 B**  
**Variación de los niveles de recuento de CD4 con el tratamiento**



Fuente: Elaboración propia

En el gráfico 11B se aprecia la variación de los niveles de linfocitos CD4 con el tratamiento observándose un promedio inicial de 271.2  $\text{cél}/\text{mm}^3$  y un promedio final de 499.4  $\text{cél}/\text{mm}^3$

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Tabla 12**  
**Estadío clínico de los pacientes en TARGA**

<b>Estadío</b>	<b>Recuento CD4</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Estadío A	$\geq 500/\text{mm}^3$	38	38.00%
Estadío B	200-499/ $\text{mm}^3$	39	39.00%
Estadío C	$< 200/\text{mm}^3$	19	19.00%
	$< 50/\text{mm}^3$	3	3.00%
Sin dato		1	1.00%
<b>Total</b>		100	100.00%

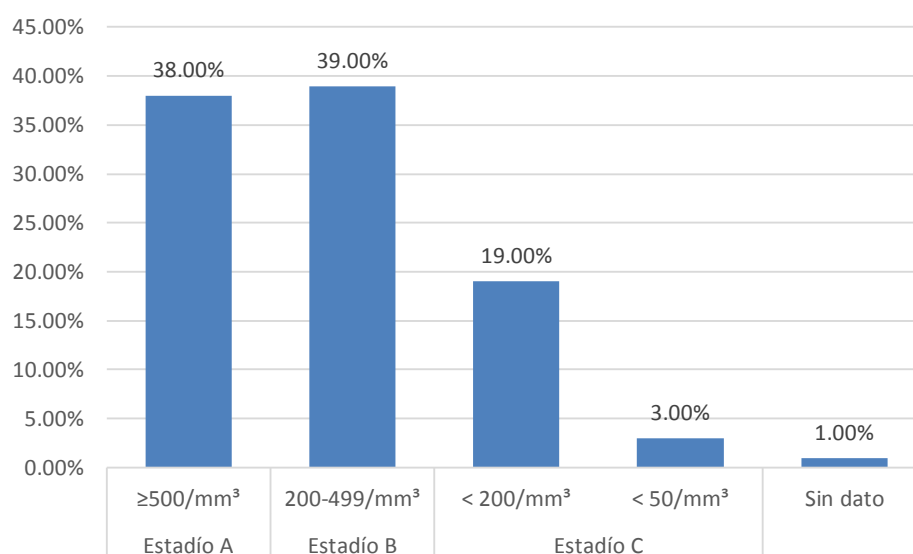
Fuente: Elaboración propia

En la tabla 12 se aprecia el estadío clínico, correspondiendo un 77% al estadío A y B.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 12**

**Estadío clínico de los pacientes en TARGA**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Tabla 13**  
**Comorbilidades presentes en los pacientes en TARGA**

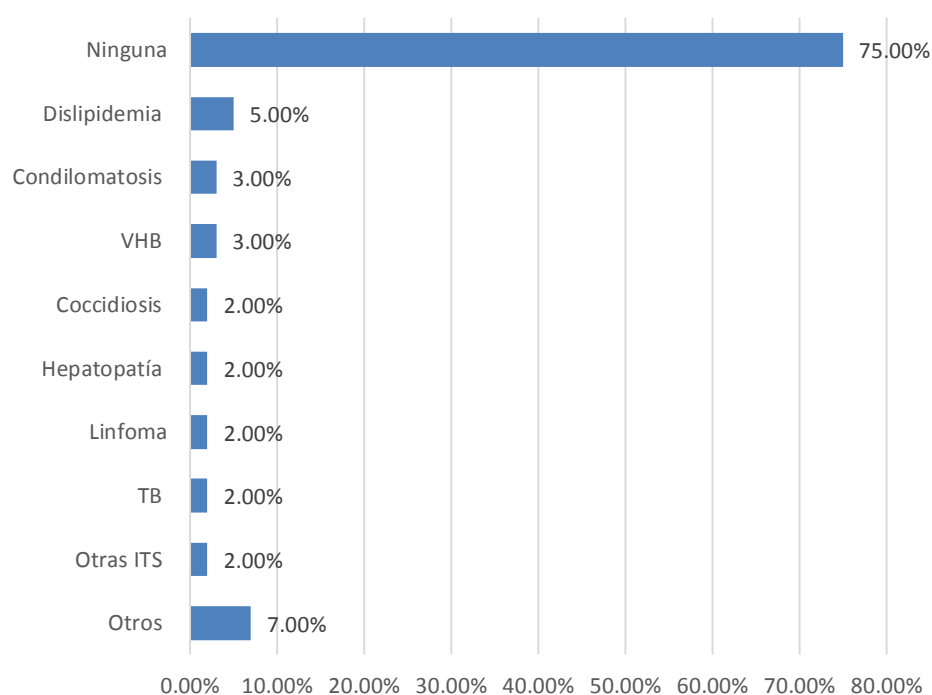
<b>Comorbilidad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ninguna	75	75.00%
Dislipidemia	5	5.00%
Condilomatosis	3	3.00%
VHB	3	3.00%
Coccidiosis	2	2.00%
Hepatopatía	2	2.00%
Linfoma	2	2.00%
TB	2	2.00%
Otras ITS	2	2.00%
Otros	7	7.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 13 se aprecia las comorbilidades presentes en los pacientes, donde un 75% de los casos no presenta ningun comorbilidad al momento de estudio, mientras que la principal comorbilidad fue la dislipidemia en un 5% de los casos.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 13**  
**Comorbilidades presentes en los pacientes en TARGA**



Fuente: Elaboración propia

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020

**Tabla 14**  
**Antecedente de depresión en los pacientes en TARGA**

<b>Depresión</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Con antecedente	9	9.00%
Sin antecedente	91	91.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 14 se aprecia el antecedente de depresión en los pacientes, obteniéndose que un 9% de los casos presentó un antecedente de depresión mientras que un 91% no tenía el antecedente.

NOTA: En el estudio se excluyeron a los pacientes que presentaron antecedente de depresión previo al diagnóstico definitivo de VIH.

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020

**Gráfico 14**  
**Antecedente de depresión en los pacientes en TARGA**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Tabla 15**  
**Adherencia al tratamiento en pacientes con TARGA según escala de**  
**Morisky-Green**

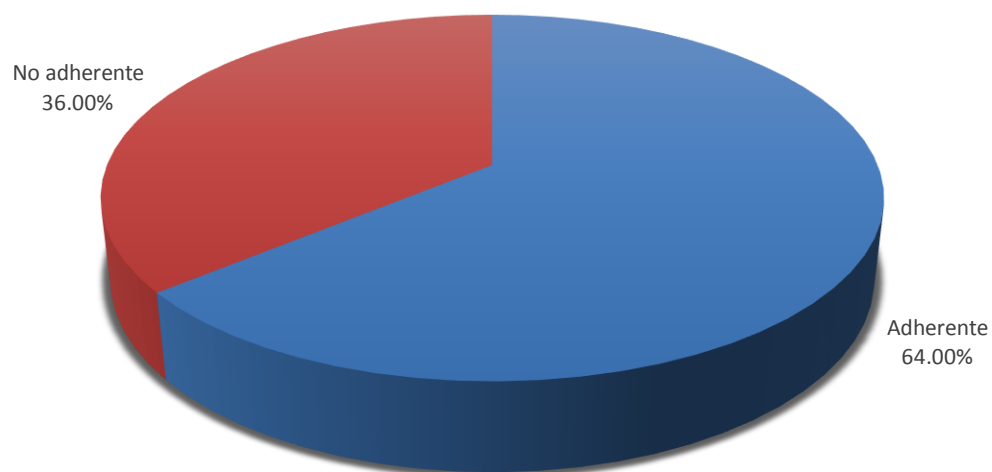
<b>Adherencia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Adherente	64	64.00%
No adherente	36	36.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 15 se aprecia la adherencia al tratamiento según la escala de Morisky-Green, obteniéndose que un 64% de los casos presentan una adecuada adherencia mientras que el 36% de los casos resultaron no adherentes.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 15**  
**Adherencia al tratamiento en pacientes con TARGA según escala de**  
**Morisky-Green**



Fuente: Elaboración propia

RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020

Tabla 16

## Niveles de depresión en pacientes con TARGA según escal de Zung

Depresión	N°	%
Normal	68	68.00%
Leve	28	28.00%
Moderado	4	4.00%
Total	100	100.00%

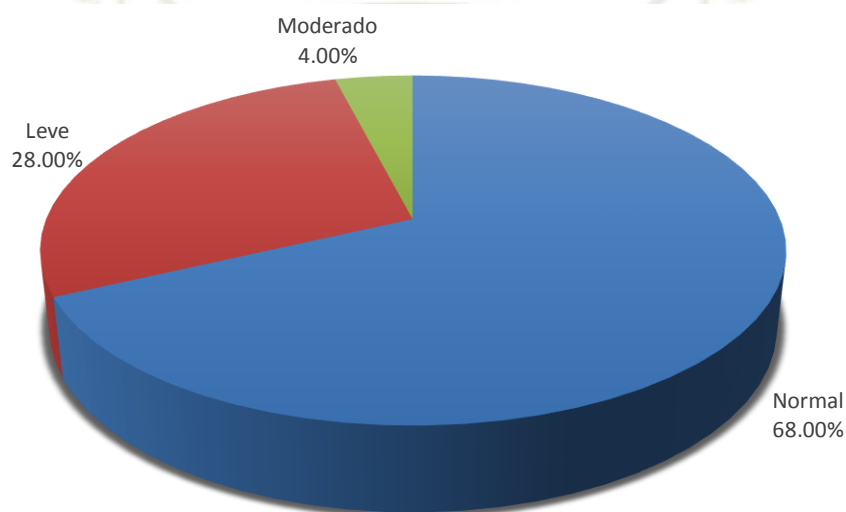
Fuente: Elaboración propia

En la tabla 16 se aprecian los niveles de depresión en los pacientes obteniéndose que el 68% de los casos no presentó síntomas depresivos, mientras que el 32% de los casos presentó síntomas depresivos, dentro de los cuales 28% corresponden a síntomas leves y 4% a síntomas moderados.

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 16**

**Niveles de depresión en pacientes con TARGA según escala de Zung**



Fuente: Elaboración propia

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Tabla 17**  
**Relación entre los síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento TARGA**

Depresión	Total	Adherente		No adherente	
		N°	%	N°	%
Normal	68	57	83.82%	11	16.18%
Leve	28	7	25.00%	21	75.00%
Moderado	4	0	0.00%	4	100.00%
Total	100	64	64.00%	36	36.00%

Chi<sup>2</sup> = 37.19      G. libertad = 2      ty66666p < 0.05

Spearman rho = 0.6095      p < 0.0001

Fuente: Elaboración propia

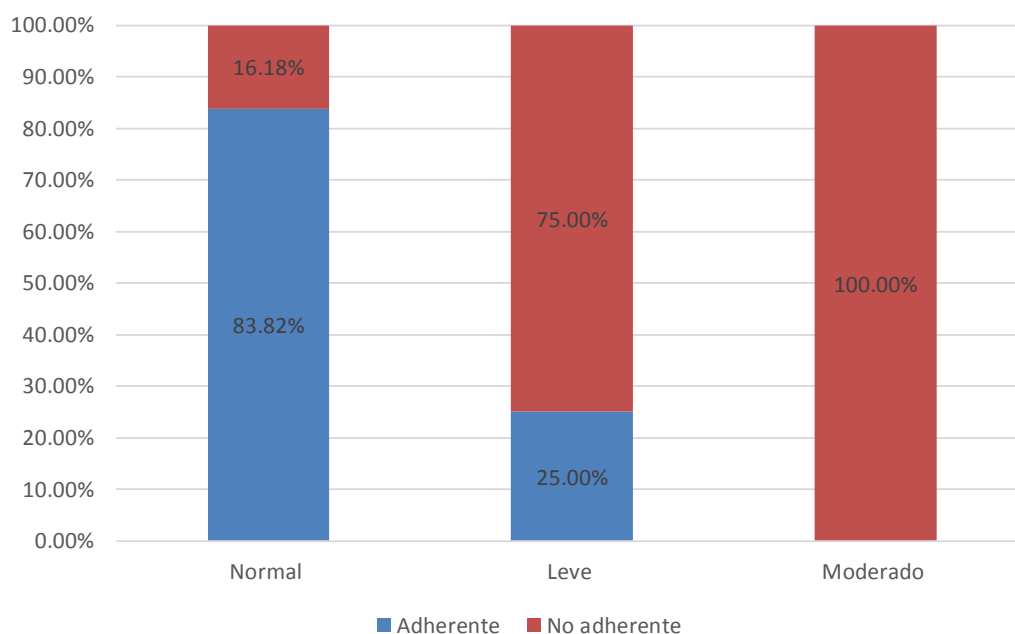
En la tabla 17 se observa que el 75% (N° total: 21) de los casos con depresión leve no eran adherentes al tratamiento y un 100%(N° total: 4) de los casos con depresión moderada no eran adherentes, asimismo el 83.82% (N° total: 57) de los pacientes que no presentaron síntomas depresivos eran adherentes al tratamiento; demostrando una relación estadísticamente significativa p< 0,05 y Spearman rho: 0.6095 entre los síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento TARGA

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA ADHERENCIA A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA  
TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020**

**Gráfico 17**

**Relación entre los síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento**

**TARGA**



Fuente: Elaboración propia



**CAPÍTULO III**  
**DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

El presente estudio se realizó con el objeto de establecer la relación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2020. Se realizó la presente investigación debido a que durante el periodo de internado casi la totalidad de pacientes con VIH que se hospitalizaban llegaban en estadíos muy avanzados y con claros signos de depresión, siendo actualmente una entidad tratable y no una sentencia de muerte como muchas personas aún creen.

Para tal fin se realizó una encuesta a una muestra de 100 pacientes que cumplieron criterios de selección. Se aplicó una ficha de datos, la escala de Morisky-Green para la adherencia, y el test de Zung para evaluar síntomas depresivos. Se muestran resultados con estadística descriptiva, se comparan variables mediante prueba chi cuadrado y se asocian con coeficiente de correlación de Spearman.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de los pacientes de la muestra según edad y sexo; el 82% fueron varones y 18% mujeres, con edades que en 70% de casos estuvieron entre los 20 y 39 años. La edad promedio de los varones fue de  $33.67 \pm 10.13$  años y para las mujeres fue de  $40.28 \pm 13.66$  años. Un estudio similar realizado por Rojas YM muestra una predominancia aun mayor de varones por encima del 91% y un 47.4% tenían edades comprendidas entre 18-29 años.

La procedencia de los pacientes fue de zona urbana en 76%, urbano-marginal en 17% y de zona rural en 7% de casos (**Tabla y Gráfico 2**); el estado civil predominante fue soltero en 65%, el 19% fueron convivientes y 6% casados, con 8% de separados y 2% viudos, como se ve en la **Tabla y Gráfico 3**; la orientación sexual de los pacientes se muestra en la **Tabla y Gráfico 4**; el 55% de pacientes en TARGA fueron heterosexuales, 28% homosexuales y 17% refirieron otra orientación. El nivel de instrucción de los pacientes fue primaria en 3%, secundaria en 52% y superior en 45% (**Tabla y Gráfico 5**).

La **Tabla y Gráfico 6** muestran la ocupación de los pacientes; el 21% eran empleados, 19% trabajadores independientes, 15% desempleados o vendedores, y 10% amas de casa o estudiantes, entre otros. El nivel socioeconómico fue alto en 1% de casos, medio en 68% y bajo en 31% de casos, como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 7**. El 58% de pacientes tenía seguro integral de salud (SIS; **Tabla y Gráfico 8**).

En la **Tabla y Gráfico 9** se muestra la duración de la enfermedad de los pacientes en TARGA; 10% tuvo menos de 6 meses de diagnóstico, 34% tuvo de 1 a 4 años, y 25% de 5 a 9 años; la duración promedio de la enfermedad fue de  $5.80 \pm 4.82$  años. En un estudio transversal realizado por Parraga C Vargas, Lima 2016 se obtuvo una media de duración del tratamiento de 7.2 años asociado a un 27,4% de riesgo de alexitimia.

**La Tabla y Gráfico 10** muestran el esquema de TARGA recibido por los pacientes; predominó el esquema TDF/FTC/EFV en 61% de casos, y en menor proporción diversos otros esquemas.

En la **Tabla y Gráfico 11** se muestra la variación de los parámetros de carga viral y recuento de linfocitos CD4; la carga viral disminuyó de manera significativa (en los casos que tuvieron controles iniciales y post tratamiento) pasando de  $485738.20 \pm 1336333.42$  copias /mm<sup>3</sup>; el recuento de linfocitos CD4 aumentó de  $271.24 \pm 215.29$  cél/mm<sup>3</sup> a  $499.43 \pm 304.72$  cel/mm<sup>3</sup> ( $p < 0.05$ ). Con estos valores y las manifestaciones clínicas se encontró que 38% de casos estaba en estadio clínico A, 39% en estadio clínico B y 22% en estadio C (**Tabla y Gráfico 12**).

En la **Tabla y Gráfico 13** se muestran las comorbilidades de los pacientes en TARGA; se encontraron comorbilidades en 26% de casos, con 5% de dislipidemia, 3% de condilomatosis o infección por VHB, y en menor proporción diversas otras patologías.

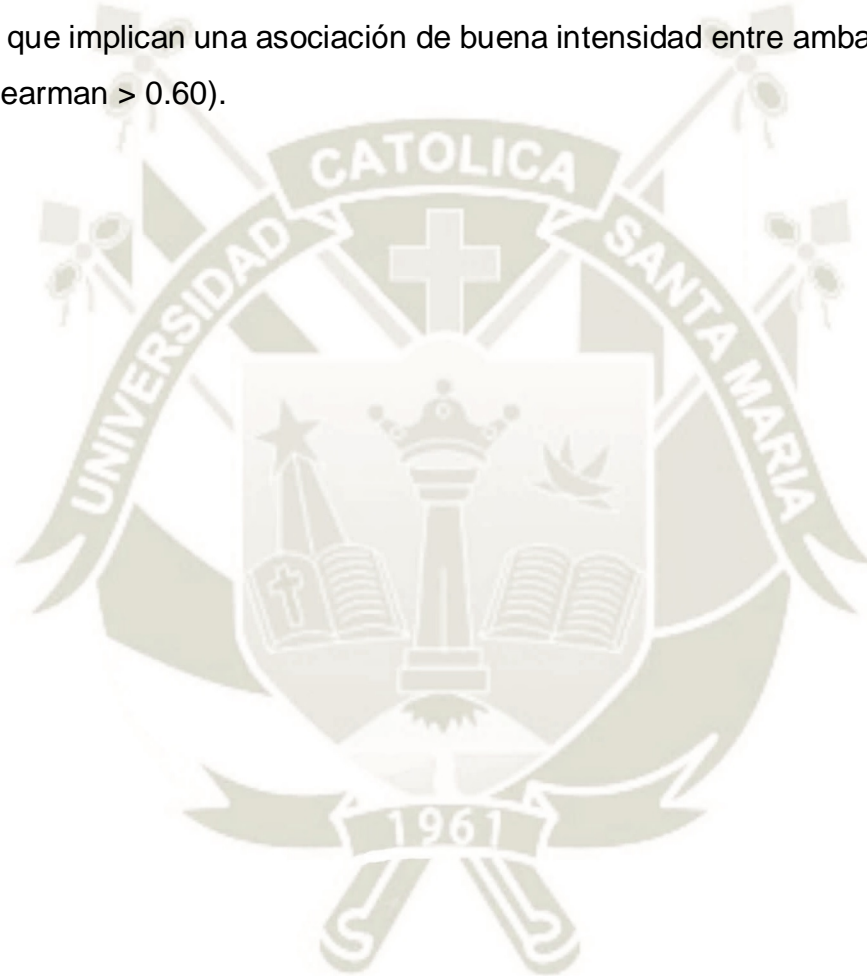
La **Tabla y Gráfico 14** muestran que el 9% de casos tuvo antecedentes de depresión.

La adherencia al tratamiento con TARGA en los pacientes fue adecuada en 64% de casos, e inadecuada en 36%, como muestra la **Tabla y Gráfico 15.**, en el estudio realizado por Rojas YM, Arequipa 2019 se encontró una adherencia del 54% (14), en contraste con el estudio realizado por Parraga en Lima donde se encontró una adherencia del 76% (15).

La **Tabla y Gráfico 16** muestran los resultados de la evaluación de depresión en los pacientes; el 32% de pacientes mostraron síntomas depresivos, siendo principalmente leves en 28% y moderados en 4%; no hubo casos de síntomas severos, la prevalencia total es similar al estudio de Rojas YM donde se obtuvo un

37% de síntomas depresivos, sin embargo en el mismo estudio se obtuvo un 12.9% de depresión moderada y un 13.8% de depresión severa (14).

La **Tabla y Gráfico 17** muestran la relación entre la presencia y severidad de los síntomas depresivos y la adherencia al tratamiento; se observa que cuando no hay depresión, 83.82% de pacientes muestra adherencia al tratamiento, pero cuando hay depresión leve, solo 25% son adherentes, y cuando la depresión es moderada, ninguno de los pacientes es adherente al tratamiento, diferencias significativas ( $p < 0.05$ ), que implican una asociación de buena intensidad entre ambas variables (rho de Spearman  $> 0.60$ ).

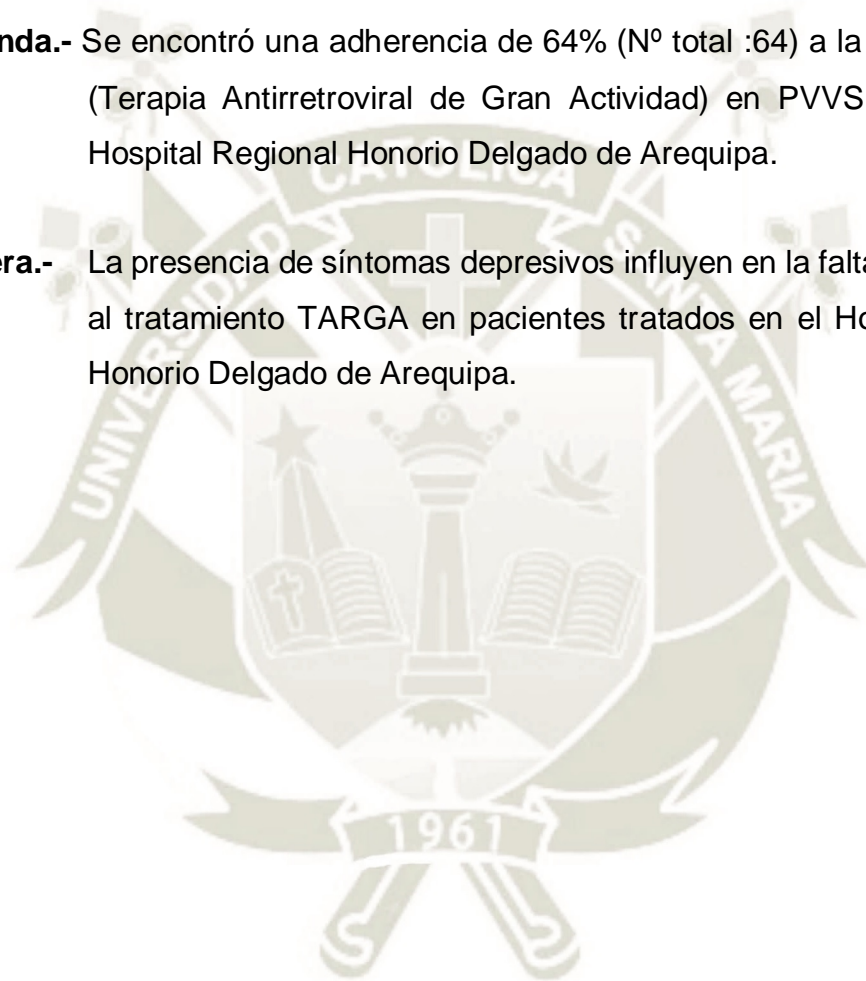


A large, faint watermark of the Universidad Católica de Santa María logo is centered on the page. It features a shield with a cross, a book, and a lamp, surrounded by a banner with the text "UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA" and the year "1961" at the bottom.

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## CONCLUSIONES

- Primera.-** Se encontró una frecuencia de 32% (Nº total: 32) de casos con síntomas depresivos en PVVS (Personas que Viven con el Virus del SIDA) tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, sobre todo de severidad leve que corresponde al 28% (Nº total: 28).
- Segunda.-** Se encontró una adherencia de 64% (Nº total :64) a la terapia TARGA (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) en PVVS tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- Tercera.-** La presencia de síntomas depresivos influyen en la falta de adherencia al tratamiento TARGA en pacientes tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.



## RECOMENDACIONES

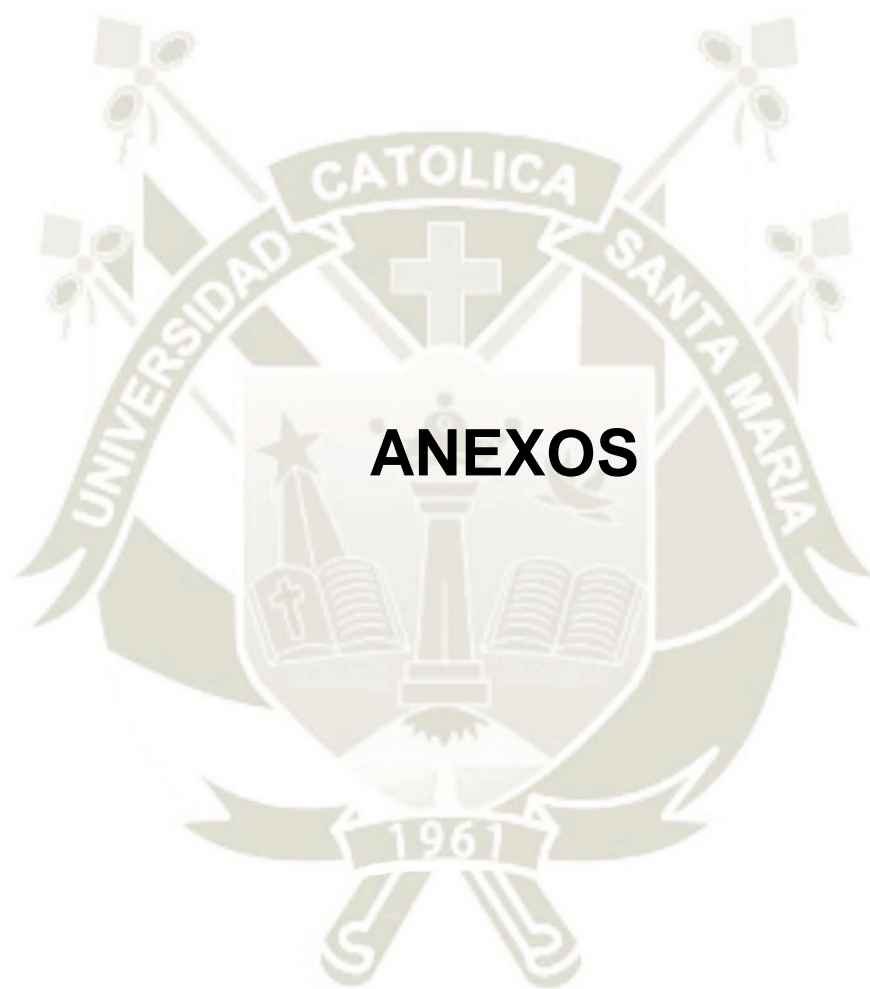
- 1) Se debe educar a los pacientes sobre su enfermedad, y de ese modo ir disminuyendo la estigmatización que aún persiste de las PVVS, tanto de la sociedad, sus familias y de los propios pacientes, se coordinará con el servicio de Psiquiatría para realizar una evaluación más exhaustiva y dar el tratamiento psicológico y farmacológico oportuno adaptándolo a las características de cada PVVS.
- 2) Mantener citas periódicas al departamento de Psicología, sobretodo en los primeros meses del tratamiento y posteriormente según la necesidad de cada paciente y su entorno, para de esa manera brindar apoyo oportuno al paciente, además de psico-educación del cuadro y la importancia de mantener una buena adherencia.
- 3) Es de esperarse que en algún momento las PVVS presenten algún grado de depresión, por tal motivo se recomienda tamizajes frecuentes y un programa de coordinación bidireccional entre el servicio de Psiquiatría y PROCETSS (Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA) para la derivación adecuada de las PVVS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Betancourt J. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos. Rev Cubana Med Gen Integrm 2018;34(3):82-93.
- 2) Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(1):66-72.
- 3) Ministerio De Salud. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Disponible en: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM\\_9622014.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM_9622014.pdf)
- 4) Gallant JE, DeJesus E, Arribas JR, Pozniak AL, Gazzard B, Campo RE, Lu B, McColl D, Chuck S, Enejosa J, Toole JJ, Cheng AK. Tenofovir DF, Emtricitabine, and efavirenz vs. zidovudine, lamivudine, and efavirenz for HIV. Study 934 Group N Engl J Med. 2006;354(3):251.
- 5) Clifford DB, Evans S, Yang Y, Acosta EP, Goodkin K, Tashima K, Simpson D, Dorfman D, Ribaud H, Gulick RM. Impact of efavirenz on neuropsychological performance and symptoms in HIV-infected individuals.. Ann Intern Med. 2005;143(10):714.
- 6) Reyes-Flores E, Trejo-Alvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, Mazzoni-Chavez L. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Revista Médica de Honduras, 2016: 84(3):125-132.
- 7) Casotti J, Mendes A, Endlich B, Queiroz M, Tartaglia R, Motta T. Factores asociados con la adherencia a la terapia HAART en pacientes con VIH/SIDA. DST - J Bras Doenças Sex Transm 2011;23(4):215-221
- 8) Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica. 2018;59(3).
- 9) Tafur E, Ortiz C, García E, Faus M, Martínez F. Impacto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú). Pharm Care Esp. 2012; 14(4): 146-154

- 10) Salmanton J, Herrador Z, Ruiz P, Nzang J, Bendomo V, Bashmakovic E, et al. Adherencia autodiagnosticada de la terapia antirretroviral en población VIH + de Bata, Guinea Ecuatorial. *Aids Care* 2015;11(1):1-11
- 11) López-Ibor Aliño, J, Valdés Miyar, (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.* Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-1087-3. PAG 345-351
- 12) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 157(suppl):1, 2010.
- 13) American Psychiatric Association APA. 2015. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 14) Rojas YM. Prevalencia de síntomas depresivos y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH que reciben Targa en la Esnitss del Hospital Goyeneche – 2019. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2019.
- 15) Parraga C, Vargas C. Asociación entre la alexitimia y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (Targa) en personas adultas con infección por VIH/SIDA. Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), 2016.
- 16) Matute NI. Factores predictores de la adherencia no adecuada al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes que viven con VIH/Sida. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, 2016.
- 17) Pérez JE, Viana LF. Adherencia terapéutica a los antirretrovirales de gran actividad en personas con VIH/SIDA. *Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García"*, 2018; 7(2): 222-233.
- 18) Mejía JM, Sigüencia MB. Adherencia al tratamiento retroviral a pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana del Hospital de Infectología "Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña" de la ciudad de Guayaquil. [Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería]; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2019

- 19) Escala Autoadministrada De Depresion Test De Depresion,  
[www.depresion.psicomag.com/esc\\_zung.php](http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php).
- 20) “Organización Mundial de la Salud (OMS) Depresión.” World Health Organization, World Health Organization, 23 Feb. 2017,  
[www.who.int/topics/depression/es/](http://www.who.int/topics/depression/es/).
- 21) Courtney V Fletcher, PharmD. Overview of antiretroviral agents used to treat HIV. 2018. UpToDate, Disponible en: [www.uptodate.com/contents/overview-of-antiretroviral-agents-used-to-treat-hiv?search=HIV-treatment&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](http://www.uptodate.com/contents/overview-of-antiretroviral-agents-used-to-treat-hiv?search=HIV-treatment&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2).
- 22) Zumaeta Saavedra E. Factores sociodemográficos, clínicos y terapéuticos asociados a la adherencia de la terapia antiretroviral de gran actividad en el hospital regional de Loreto del 2010- 2012. 2013 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
- 23) Martínez S. Adherencia al tratamiento antirretrovirales en pacientes del cai, del hospital regional “Gabriela Alvarado” Danlí, el Paraíso- Honduras enero-mayo 2013. [Tesis para optar al Grado de Maestro en Epidemiología].



**Anexo 1:**

**Ficha de recolección de datos**

Ficha N° \_\_\_\_\_

**Datos del paciente:**

Iniciales : \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Nombres                      Apellidos

Sexo: Femenino                       Masculino

Procedencia: Rural                       Urbana                       Urbano-marginal

Estado civil:

Soltero/a     Conviviente     Casado/a     Separado/a     Viudo/a     Divorciado/a

Orientación sexual: Heterosexual     Homosexual     Otros

Nivel de instrucción    Iltrado                       Primaria     Secundaria                       Superior

Nivel socioeconómico:                      Alto                       Medio                       Bajo

Cuenta con SIS:                      SI                       NO

En que trabaja? : \_\_\_\_\_

Antecedente de Depresion: SI                       NO

**Datos de la enfermedad**

Tiempo de enfermedad: \_\_\_\_\_ Años

Esquema de tratamiento

TDF/ FTC/ EFV \_\_\_\_\_

Otros : \_\_\_\_\_

Carga viral pretratamiento: \_\_\_\_\_ copias RNA/mL

Carga viral actual : \_\_\_\_\_ copias RNA/mL

Recuento de linfocitos pretratamiento: \_\_\_\_\_ Linfocitos CD4/mL

Recuento de linfocitos actual: \_\_\_\_\_ Linfocitos CD4/mL

Estadío clínico                      Estadío A                       B                       C

Comorbilidades

## Anexo 2 :

### Escala de Adherencia al Tratamiento Morisky Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

Sí ( ) No ( )

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Sí ( ) No ( )

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

Sí ( ) No ( )

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Sí ( ) No ( )

Observaciones: .....

.....

.....

Fuente: Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. 2018

**Anexo 3:**  
**Escala de Depresión de Zung**

Marca la afirmación que más se parezca a lo que tú sientes.

	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES
1. Me siento triste y decaído.	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo dormirme	1	2	3	4
5. Como igual que antes	4	3	2	1
6. Aún tengo deseos sexuales.	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Estoy estreñado	1	2	3	4
9. El corazón me late más rápido	1	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	2	3	4
11. Tengo la mente tan clara como antes.	4	3	2	1
12. Hago las cosas que acostumbro hacer.	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	1	2	3	4
14. Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que antes.	1	2	3	4
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario.	4	3	2	1
18. Encuentro agradable vivir	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20. Disfruto con las mismas cosas que antes	4	3	2	1

Fuente: Escala Autoadministrada De Depresion Test De Depresion, 2020

#### Anexo 4: Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre del paciente), identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, he sido informado del estudio **“Relación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad en personas viviendo con VIH/SIDA tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2020”**, que será realizado por la señorita Elizabeth Sucasaca Cusi, para lo cual se ha solicitado mi participación voluntaria y anónima, a través de un cuestionario y proporcionando datos para una ficha de datos.

No se me requerirá exámenes de sangre o toma de muestras además de las necesarias por mi enfermedad actual

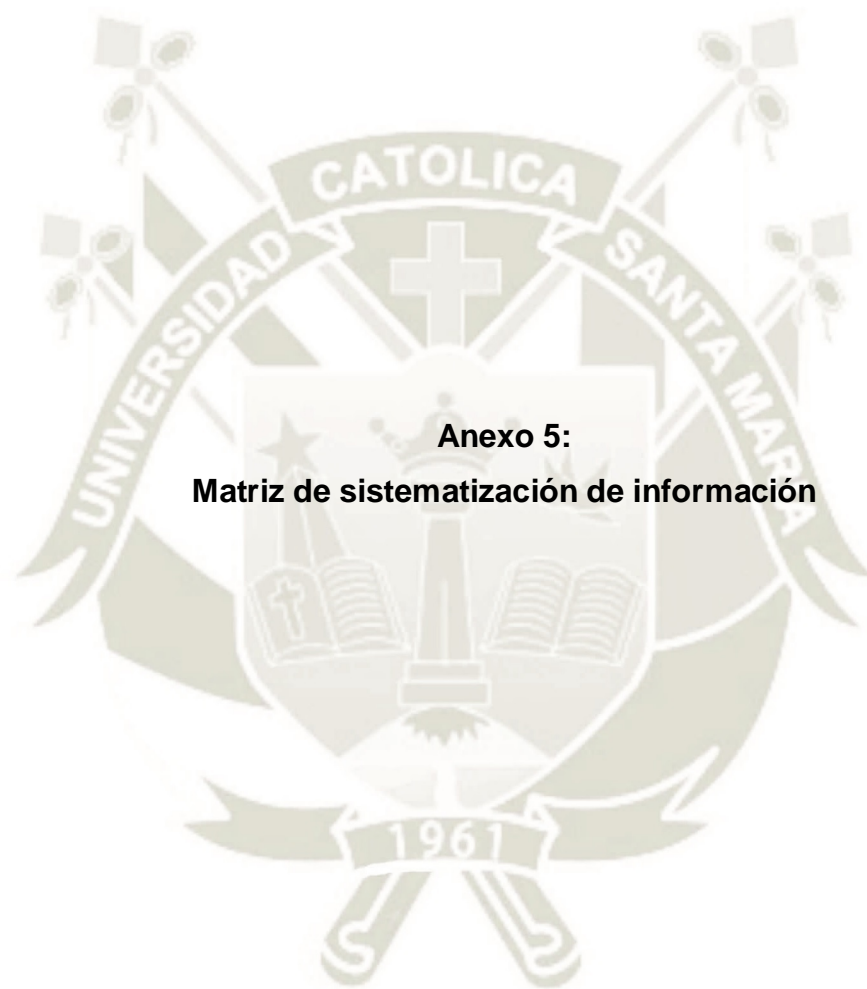
Se me ha explicado que la información proporcionada será confidencial y de uso exclusivo para la presente investigación.

Por lo que doy mi consentimiento para la realización del estudio

Arequipa, \_\_\_\_\_ 2020

\_\_\_\_\_  
Firma

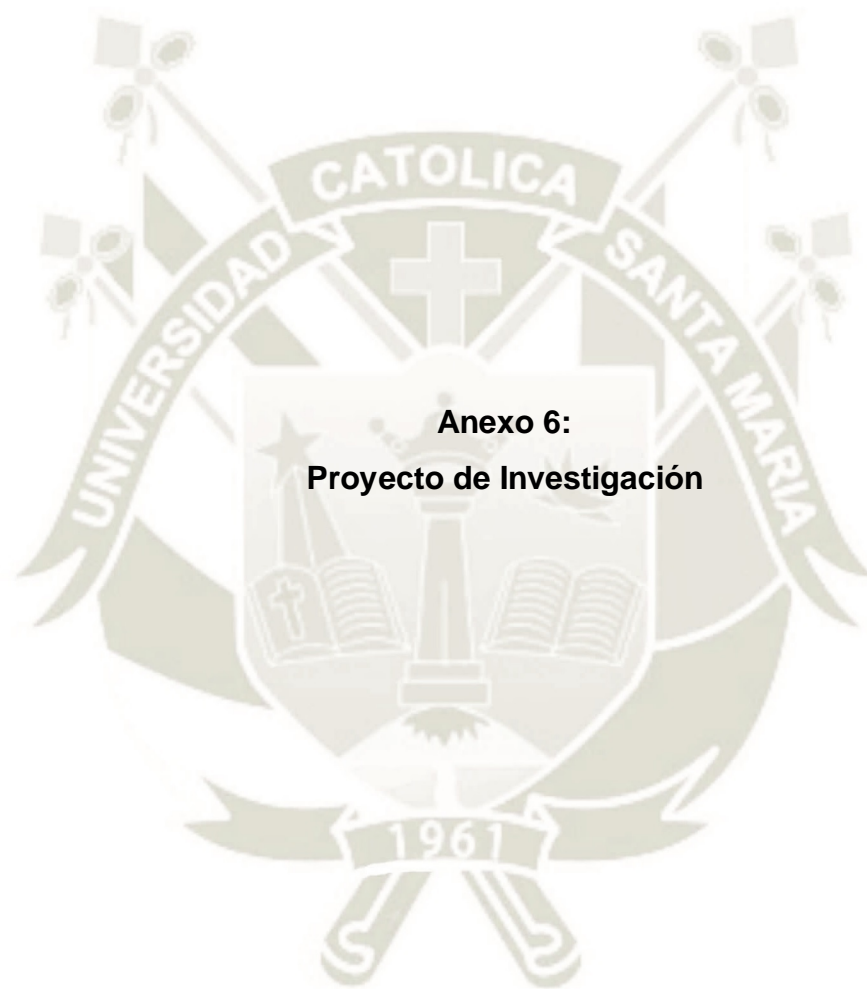
DNI



**Anexo 5:**  
**Matriz de sistematización de información**

Nº	Feb-20	DX	Tenfer	CT	TT	CP	CA	CD4A	E	C	E	CE	S	P	EC	OS	I	OC	NSE	SIS	AcD	ADH	PZ	ND	
1	RCS	May-09	10.75	10-14 años	TDF/3TC + LPV/rtv	-	37	17,959	180	< 200/mm <sup>3</sup>	-	36	30-39 años	Masculino	Rural	Separado	Hetero	Secundaria	Chofer	Bajo	Sí	No	No	32	Normal
2	PTJ	Dic-17	2.17	1-4 años	TDF/FTC/EFV	12,500	352	ND	-	> 200-499/mm <sup>3</sup>	-	23	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Superior	Estudiante	Medio	Sí	Sí	Sí	35	Normal
3	MCG	Abr-19	0.84	6 meses-1 año	TDF/FTC/EFV	373,000	107	<20	202	200-499/mm <sup>3</sup>	Condilomatosis	34	30-39 años	Masculino	Rural	Soltero	Homo	Secundaria	Vendedor	Medio	No	No	No	53	Leve
4	RGGJ	Feb-11	9.00	5-9 años	LPV/rtv + Raltegravir	51,814	19	<20	408	200-499/mm <sup>3</sup>	-	28	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Superior	Mineria	Medio	No	No	No	37	Normal
5	BNA	May-14	5.75	5-9 años	TDF/FTC/EFV	16,779	532	ND	254	200-499/mm <sup>3</sup>	-	28	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Secundaria	Desempleado	Medio	No	No	No	51	Leve
6	VPAN	Dic-14	5.17	5-9 años	AZT/3TC + EFV	117,019	192	89,800	364	200-499/mm <sup>3</sup>	-	62	≥ 60 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Secundaria	Desempleado	Medio	Sí	No	Sí	31	Normal
7	ACDA	Nov-15	4.25	1-4 años	TDF/FTC/EFV	195,928	175	85,800	397	200-499/mm <sup>3</sup>	-	26	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Secundaria	Auxiliar escolar	Medio	Sí	No	Sí	36	Normal
8	QMJC	Ago-19	0.50	6 meses-1 año	TDF/FTC/EFV	705	149	-	-	< 199/mm <sup>3</sup>	-	37	30-39 años	Masculino	Urbana	Separado	Otros	Secundaria	Construccion	Bajo	Sí	No	Sí	35	Normal
9	AMJ	Ago-14	5.50	5-9 años	TDF/FTC/EFV	41	65	20,362	236	200-499/mm <sup>3</sup>	-	39	30-39 años	Masculino	Urbana	Conviviente	Hetero	Primaria	Mecanico	Medio	Sí	Sí	Sí	36	Normal
10	VRAF	Abr-19	0.84	6 meses-1 año	TDF/FTC/EFV	7,890	660	-	-	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	23	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Superior	Desempleado	Medio	Sí	No	Sí	40	Normal
11	CEJC	Ene-11	9.08	5-9 años	AZT/3TC + NVP	22,702	162	ND	1,259	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	57	50-59 años	Masculino	Urb-marginal	Casado	Hetero	Secundaria	Policia	Medio	No	Sí	Sí	41	Normal
12	NSFR	Abr-19	0.84	6 meses-1 año	TDF/FTC/EFV	26,400	1130	ND	152	< 200/mm <sup>3</sup>	-	33	30-39 años	Femenino	Urbana	Soltero	Hetero	Secundaria	Vendedor	Bajo	Sí	No	No	37	Normal
13	CHRD	Nov-19	0.25	< 6 meses	TDF/FTC/EFV	1,800	406	-	-	200-499/mm <sup>3</sup>	-	23	20-29 años	Femenino	Rural	Soltero	Hetero	Secundaria	Vendedor	Bajo	No	Sí	No	62	Moderado
14	PCJA	Dic-11	8.17	5-9 años	TDF/FTC/EFV	4,940	196	-	-	< 199/mm <sup>3</sup>	-	30	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Cajero	Bajo	No	No	No	29	Normal
15	STJJ	Oct-17	2.33	1-4 años	AZT/3TC + EFV	4,410,000	157	171	591	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	21	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Superior	Estudiante	Medio	No	No	Sí	39	Normal
16	SGCR	Abr-12	7.83	5-9 años	LPV/rtv + TDF/FTC	ND	111	ND	584	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	34	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Vendedor	Medio	Sí	Sí	No	50	Leve
17	TAMY	Dic-19	0.17	< 6 meses	TDF/FTC/EFV	717,000	69	-	-	< 199/mm <sup>3</sup>	-	33	30-39 años	Femenino	Rural	Conviviente	Hetero	Secundaria	Vendedor	Medio	Sí	No	Sí	50	Leve
18	MLDS	Ene-20	0.08	< 6 meses	TDF/FTC/EFV	545,512	3	-	-	< 199/mm <sup>3</sup>	-	28	20-29 años	Masculino	Urbana	Separado	Hetero	Superior	Desempleado	Bajo	Sí	No	Sí	42	Normal
19	PEJP	Jul-16	3.59	1-4 años	TDF/FTC/EFV	60,100	274	<20	411	200-499/mm <sup>3</sup>	Condilomatosis	23	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Obrero	Bajo	Sí	No	No	42	Normal
20	SCMG	Set-19	0.42	< 6 meses	TDF/FTC/EFV	347,000	21	-	-	< 199/mm <sup>3</sup>	Gastritis, Coccidia	27	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Superior	Desempleado	Bajo	Sí	No	No	40	Normal
21	MSAS	Nov-05	14.24	10-14 años	AZT/3TC + NVP	160,000	274	ND	460	200-499/mm <sup>3</sup>	-	34	30-39 años	Femenino	Urbana	Conviviente	Hetero	Secundaria	Ama de Casa	Medio	Sí	No	Sí	36	Normal
22	TPTK	Abr-17	2.84	1-4 años	TDF/FTC/EFV	502,000	288	37	577	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	36	30-39 años	Femenino	Urb-marginal	Soltero	Hetero	Superior	Desempleado	Bajo	No	No	Sí	37	Normal
23	VCEY	Ago-13	6.50	5-9 años	LPV/rtv + Raltegravir	47	227	<20	456	200-499/mm <sup>3</sup>	Herpes Zoster, Dislipidemia	35	30-39 años	Masculino	Rural	Soltero	Hetero	Superior	Administracion	Bajo	Sí	No	Sí	43	Normal
24	DCHG	Ago-11	8.50	5-9 años	TDF/FTC/EFV	97,845	24	ND	1,060	≥ 500/mm <sup>3</sup>	Hipertrigliceridemia	52	50-59 años	Femenino	Urbana	Viudo	Hetero	Primaria	Ama de Casa	Bajo	Sí	No	Sí	47	Normal
25	WHHB	Dic-09	10.16	10-14 años	AZT/3TC + EFV	109,520	7	ND	275	200-499/mm <sup>3</sup>	-	40	40-49 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Independiente	Medio	Sí	No	No	53	Leve
26	FTAT	Mar-17	2.92	1-4 años	TDF/FTC + LPV/rtv	ND	287	<20	919	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	29	20-29 años	Masculino	Urbana	Conviviente	Hetero	Secundaria	Vendedor	Medio	Sí	No	Sí	52	Leve
27	SAM	Abr-05	14.83	10-14 años	AZT/3TC + LPV/rtv	581	858	1,126	357	200-499/mm <sup>3</sup>	Colelitiasis, poliquistosis renal	52	50-59 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Secundaria	Estilista	Bajo	No	No	No	56	Leve
28	MBEL	May-19	0.76	6 meses-1 año	TDF/FTC/EFV	122,000	385	<20	777	≥ 500/mm <sup>3</sup>	Hepatopatía	30	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Superior	Enfermero	Medio	No	No	Sí	33	Normal
29	CCRO	Set-13	6.41	5-9 años	TDF/FTC/EFV	474,816	415	ND	333	200-499/mm <sup>3</sup>	-	32	30-39 años	Masculino	Urb-marginal	Conviviente	Hetero	Secundaria	Cobrador	Bajo	Sí	No	Sí	47	Normal
30	BCHJO	Jun-18	1.67	1-4 años	TDF/FTC + LPV/rtv	>10000000	450	22	-	200-499/mm <sup>3</sup>	-	38	30-39 años	Masculino	Urbana	Casado	Hetero	Superior	Tecnico	Medio	Sí	No	No	51	Leve
31	BMAA	May-14	5.75	5-9 años	TDF/FTC/EFV	16,779	532	ND	254	200-499/mm <sup>3</sup>	Dislipidemia	58	50-59 años	Femenino	Urbana	Conviviente	Hetero	Secundaria	Ama de casa	Medio	Sí	No	Sí	36	Normal
32	CBJA	Jun-05	14.66	10-14 años	AZT/3TC + EFV	308,979	181	<20	571	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	38	30-39 años	Masculino	Urb-marginal	Soltero	Hetero	Secundaria	Desempleado	Bajo	No	No	Sí	46	Normal
33	TQDP	Feb-17	3.00	1-4 años	TDF/FTC/EFV	1,772,904	78	<20	-	< 199/mm <sup>3</sup>	Hepatopatía	33	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Superior	Profesor	Medio	No	No	Sí	42	Normal
34	AHBC	Dic-19	0.17	< 6 meses	TDF/FTC/EFV	-	-	-	-	Sin dato	-	28	20-29 años	Femenino	Urb-marginal	Conviviente	Otros	Secundaria	Independiente	Bajo	Sí	No	Sí	46	Normal
35	RMJL	Mar-09	10.92	10-14 años	TDF/FTC/EFV	113,601	43	<20	503	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	37	30-39 años	Masculino	Urbana	Conviviente	Hetero	Secundaria	Chofer	Medio	Sí	No	No	52	Leve
36	MME	Jun-08	11.66	10-14 años	AZT/3TC + EFV	250,179	52	ND	-	< 199/mm <sup>3</sup>	-	34	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Superior	Recepcionista	Medio	No	No	Sí	39	Normal
37	ChCA	Jun-19	0.67	6 meses-1 año	TDF/FTC/EFV	215,000	131	74	331	200-499/mm <sup>3</sup>	Lumbalgia crónica	40	40-49 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Superior	Chef	Medio	No	No	No	56	Leve
38	RCHR	Dic-17	2.17	1-4 años	TDF/FTC/EFV	1,130,000	177	24	508	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	49	40-49 años	Masculino	Urbana	Separado	Hetero	Secundaria	Desempleado	Medio	Sí	No	No	52	Leve
39	LLHR	Dic-12	7.16	5-9 años	TDF/FTC/EFV	34,400	465	ND	494	200-499/mm <sup>3</sup>	Neuropatía	30	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Secundaria	Obrero	Medio	Sí	No	Sí	53	Leve
40	VCJR	Oct-08	11.33	10-14 años	TDF/FTC/EFV	932,619	172	ND	751	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	35	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Secundaria	Desempleado	Medio	Sí	No	Sí	40	Normal
41	CE	Set-13	6.41	5-9 años	TDF/FTC + LPV/rtv	573,000	116	ND	617	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	42	40-49 años	Masculino	Urbana	Conviviente	Hetero	Secundaria	Desempleado	Medio	No	No	Sí	37	Normal
42	LQJP	Ago-17	2.50	1-4 años	TDF/FTC + 3TC	797,000	52	34	188	< 200/mm <sup>3</sup>	-	36	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Secundaria	Artesano	Medio	Sí	No	Sí	33	Normal
43	GABM	Set-19	0.42	< 6 meses	TDF/FTC/EFV	58,900	151	-	-	< 199/mm <sup>3</sup>	-	25	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Superior	Desempleado	Bajo	No	No	Sí	56	Leve
44	CGM	May-19	0.76	6 meses-1 año	TDF/FTC/EFV	150,000	266	61,900	282	200-499/mm <sup>3</sup>	TB esquema II	24	20-29 años	Masculino	Urbana	Conviviente	Hetero	Secundaria	Vendedor	Medio	Sí	No	No	58	Leve
45	YVAO	Ago-16	3.50	1-4 años	TDF/FTC/EFV	33	595	ND	628	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	28	20-29 años	Femenino	Urbana	Conviviente	Hetero	Secundaria	Ama de casa	Medio	Sí	No	Sí	35	Normal
46	MCO	Abr-07	12.83	10-14 años	TDF/3TC + LPV/rtv	191,007	252	157	1,179	≥ 500/mm <sup>3</sup>	-	48	40-49 años	Masculino	Urb-marginal	Separado	Hetero	Secundaria	Obrero	Medio	No	No	Sí	49	Normal
47	GSMM	Ene-13	7.08	5-9 años	LPV/rtv + Raltegravir	116,802	119	245,000	16	< 50/mm <sup>3</sup>	Sífilis	27	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Superior	Tecnico	Medio	No	No	No	29	Normal
48	SRJB	Nov-17	2.25	1-4 años	TDF/FTC/EFV	383,000	13	398,000	14	< 50/mm <sup>3</sup>	Linfoma Celulas B	37	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Profesor	Medio	No	No	Sí	30	Normal
49	SPBE	Ene-19	1.08	1-4 años	TDF/FTC/EFV	426,000	522	ND	432	200-499/mm <sup>3</sup>	-	23	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Superior	Estudiante	Medio	Sí	No	Sí	45	Normal
50	VGAO	May-16	3.75	1-4 años	TDF/FTC/EFV	337,000	11	105	429	200-499/mm <sup>3</sup>	DM2	51	50-59 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros								

51	QJE	Oct-19	0.34 < 6 meses	TDF/FTC/EFV	258,000	357	-	-	200-499/mm <sup>3</sup>	Condilomatosis	23	20-29 años	Masculino	Rural	Soltero	Homo	Superior	Ayudante Cocina	Medio	No	No	Sí	35	Normal
52	GMBP	May-07	12.75 10-14 años	TDF/ 3TC + LPV/rtv	47,102	237	<20	428	≥500/mm <sup>3</sup>	-	40	40-49 años	Femenino	Urbana	Casado	Hetero	Secundaria	Ama de Casa	Medio	No	No	Sí	32	Normal
53	DDCE	Dic-06	13.16 10-14 años	AZT/3TC + NVP	142,357	188	ND	583	≥500/mm <sup>3</sup>	-	43	40-49 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Secundaria	Desempleado	Bajo	No	No	Sí	27	Normal
54	YVAO	Ago-16	3.50 1-4 años	TDF/FTC/EFV	33	595	ND	628	≥500/mm <sup>3</sup>	VHB	27	20-29 años	Femenino	Urb-marginal	Conviviente	Hetero	Secundaria	Ama de Casa	Medio	Sí	No	Sí	56	Leve
55	VNDM	Dic-14	5.17 5-9 años	AZT/3TC + LPV/rtv	32,576	310	34	756	≥500/mm <sup>3</sup>	-	23	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Consultora	Medio	No	No	No	51	Leve
56	MCO	Abr-07	12.83 10-14 años	TDF/ 3TC + LPV/rtv	191,007	252	157	1,179	≥500/mm <sup>3</sup>	-	47	40-49 años	Masculino	Urb-marginal	Separado	Otros	Secundaria	Independiente	Medio	No	No	No	34	Normal
57	PDA	Feb-18	2.00 1-4 años	TDF/FTC/EFV	591,000	777	65	-	≥500/mm <sup>3</sup>	-	30	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Superior	Arquitecto	Medio	Sí	Sí	Sí	25	Normal
58	QGCV	Mar-17	2.92 1-4 años	TDF/FTC/EFV	499,000	182	<20	392	200-499/mm <sup>3</sup>	-	28	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Superior	Vendedor	Bajo	Sí	No	Sí	38	Normal
59	VQW	Jun-08	11.66 10-14 años	AZT/3TC + EFV	217,000	86	1,086	163	< 200/mm <sup>3</sup>	-	40	40-49 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Secundaria	Chef	Medio	Sí	No	No	51	Leve
60	GAKY	Feb-14	6.00 5-9 años	TDF/FTC/EFV	134,600	115	ND	576	≥500/mm <sup>3</sup>	-	26	20-29 años	Masculino	Urbana	Conviviente	Hetero	Superior	Vendedor	Medio	No	No	Sí	30	Normal
61	PCJA	Oct-12	7.33 5-9 años	TDF/FTC/EFV	368,116	167	16,900	672	≥500/mm <sup>3</sup>	VHB	30	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Ayudante Cocina	Medio	No	No	Sí	25	Normal
62	CChSM	Jun-13	6.67 5-9 años	TDF/FTC/EFV	444,529	155	ND	386	200-499/mm <sup>3</sup>	-	43	40-49 años	Masculino	Rural	Casado	Hetero	Primaria	Agricultor	Bajo	Sí	No	Sí	54	Leve
63	SHMM	Jun-16	3.67 1-4 años	TDF/FTC/EFV	121	410	77,460	739	≥500/mm <sup>3</sup>	-	26	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Diseño Interiores	Medio	No	No	Sí	51	Leve
64	CCHP	Jul-15	4.59 1-4 años	TDF/FTC/EFV	42,021	432	9,450	157	< 200/mm <sup>3</sup>	-	63	≥ 60 años	Femenino	Urb-marginal	Separado	Hetero	Secundaria	Ama de Casa	Medio	Sí	No	No	64	Moderado
65	FPRD	Mar-17	2.92 1-4 años	TDF/FTC/EFV	149,000	369	ND	55	< 200/mm <sup>3</sup>	-	20	20-29 años	Masculino	Urb-marginal	Soltero	Otros	Secundaria	Estudiante	Medio	Sí	No	Sí	43	Normal
66	RVW	May-06	13.75 10-14 años	TDF/FTC/EFV	280,000	316	ND	406	200-499/mm <sup>3</sup>	-	51	50-59 años	Masculino	Urb-marginal	Viudo	Hetero	Secundaria	Desempleado	Bajo	Sí	No	No	54	Leve
67	VOYA	May-06	13.75 10-14 años	TDF/ 3TC + LPV/rtv	146,676	185	1,790	479	200-499/mm <sup>3</sup>	-	48	40-49 años	Femenino	Urbana	Soltero	Hetero	Secundaria	Ama de Casa	Medio	Sí	No	No	62	Moderado
68	CMLG	Mar-16	3.92 1-4 años	TDF/FTC/EFV	64,389	398	34	575	≥500/mm <sup>3</sup>	-	25	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Superior	Estudiante	Medio	Sí	No	No	54	Leve
69	CCAD	Mar-18	1.92 1-4 años	TDF/EFV + 3TC	575,000	33	854	78	< 200/mm <sup>3</sup>	-	31	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Estudiante	Medio	No	No	No	44	Normal
70	DFWA	Feb-08	12.00 10-14 años	AZT/3TC + LPV/rtv	105,433	69	14,900	76	< 200/mm <sup>3</sup>	-	44	40-49 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Independiente	Medio	No	No	No	64	Moderado
71	PQBJ	Oct-18	1.34 1-4 años	AZT/3TC + LPV/rtv	6,820,000	295	41	719	≥500/mm <sup>3</sup>	-	18	< 20 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Secundaria	Estudiante	Medio	Sí	No	No	54	Leve
72	PChAM	May-17	2.75 1-4 años	AZT/3TC + EFV	39,600	424	8,660	781	≥500/mm <sup>3</sup>	LES, dislipidemia	22	20-29 años	Femenino	Urb-marginal	Conviviente	Hetero	Secundaria	Ama de Casa	Bajo	Sí	No	No	48	Normal
73	MMJL	Jun-07	12.67 10-14 años	AZT/3TC + EFV	11,585	138	ND	550	≥500/mm <sup>3</sup>	Coccidiosis	42	40-49 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Superior	Obrero	Bajo	No	No	Sí	31	Normal
74	MRKM	Jul-19	0.59 6 meses-1 año	TDF/FTC/EFV	3,120,000	36	270	-	< 199/mm <sup>3</sup>	Linfoma No Hodgkin	39	30-39 años	Femenino	Urbana	Soltero	Hetero	Superior	Enfermero	Medio	Sí	No	No	21	Normal
75	UChJE	Abr-14	5.83 5-9 años	TDF/FTC/EFV	162,311	89	ND	428	200-499/mm <sup>3</sup>	-	28	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Musico	Bajo	Sí	Sí	Sí	34	Normal
76	SMLB	Set-17	2.42 1-4 años	TDF/FTC/EFV	10,400	626	ND	312	200-499/mm <sup>3</sup>	TB	37	30-39 años	Masculino	Urbana	Conviviente	Hetero	Secundaria	Empleado	Bajo	Sí	No	Sí	25	Normal
77	PRCA	Feb-19	1.00 1-4 años	TDF/FTC/EFV	29,400	365	22	-	200-499/mm <sup>3</sup>	-	32	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Independiente	Medio	No	No	Sí	21	Normal
78	CBDA	Ene-20	0.08 < 6 meses	TDF/FTC/EFV	15,600	426	-	-	200-499/mm <sup>3</sup>	-	22	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Superior	Vendedor	Medio	Sí	No	Sí	26	Normal
79	CCHP	Jul-15	4.59 1-4 años	TDF/FTC/EFV	42,021	432	9450	157	< 200/mm <sup>3</sup>	-	63	≥ 60 años	Femenino	Urbana	Separado	Hetero	Secundaria	Ama de Casa	Bajo	Sí	No	No	59	Leve
80	ChHB	Mar-00	19.91 ≥ 15 años	AZT/3TC + NVP	40	401	<400	179	< 200/mm <sup>3</sup>	-	62	≥ 60 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Secundaria	Vendedor	Medio	Sí	No	Sí	44	Normal
81	VHJL	Ago-06	13.50 10-14 años	TDF/FTC/EFV	1,175,972	194	ND	987	≥500/mm <sup>3</sup>	-	52	50-59 años	Masculino	Urb-marginal	Soltero	Homo	Superior	Tecnico	Medio	No	No	No	55	Leve
82	SAE	Ago-11	8.50 5-9 años	AZT/3TC + NVP	2,091,869	72	<20	201	200-499/mm <sup>3</sup>	-	38	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Secundaria	Construccion	Bajo	Sí	No	Sí	38	Normal
83	GFRO	Mar-12	7.92 5-9 años	AZT/3TC + EFV	89,367	405	240	673	≥500/mm <sup>3</sup>	-	53	50-59 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Secundaria	Vendedor	Medio	Sí	No	Sí	39	Normal
84	ChMSA	Dic-05	14.16 10-14 años	TDF + Raltegravir + LPV/rtv	33,142	714	189	920	≥500/mm <sup>3</sup>	-	18	< 20 años	Masculino	Urb-marginal	Soltero	Homo	Secundaria	Estudiante	Medio	Sí	No	No	50	Leve
85	RFCH	Mar-10	9.92 5-9 años	AZT/3TC + LPV/rtv	8,437	259	ND	584	≥500/mm <sup>3</sup>	Dislipidemia	38	30-39 años	Masculino	Urb-marginal	Conviviente	Hetero	Secundaria	Chofer	Bajo	Sí	No	Sí	39	Normal
86	DGEI	Ago-12	7.50 5-9 años	AZT/3TC + LPV/rtv	36,704	243	317	740	≥500/mm <sup>3</sup>	-	33	30-39 años	Masculino	Urbana	Casado	Hetero	Superior	Operador	Medio	No	No	Sí	30	Normal
87	VGAN	Oct-18	1.34 1-4 años	TDF/FTC/EFV	524,000	80	ND	207	200-499/mm <sup>3</sup>	HTLV	59	50-59 años	Femenino	Urbana	Casado	Hetero	Secundaria	Independiente	Bajo	No	No	Sí	36	Normal
88	CAJR	Nov-19	0.25 < 6 meses	TDF/FTC/EFV	29,700	341	-	-	200-499/mm <sup>3</sup>	-	38	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Secundaria	Vendedor	Bajo	Sí	No	Sí	31	Normal
89	HCPG	Set-19	0.42 < 6 meses	TDF/FTC/EFV	26,900	378	-	-	200-499/mm <sup>3</sup>	VHB	27	20-29 años	Masculino	Urbana	Conviviente	Hetero	Secundaria	Independiente	Bajo	Sí	No	Sí	31	Normal
90	LIChDJ	May-18	1.75 1-4 años	TDF/FTC/EFV	152,000	361	33	1280	≥500/mm <sup>3</sup>	-	27	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Secundaria	Estudiante	Medio	No	No	No	52	Leve
91	MQJM	Feb-19	1.00 1-4 años	TDF/FTC/EFV	1,460,000	74	5550800	15	< 50/mm <sup>3</sup>	-	25	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Superior	Desempleado	Medio	No	No	Sí	29	Normal
92	BCK	Set-18	1.42 1-4 años	TDF/FTC/EFV	-	300	ND	959	≥500/mm <sup>3</sup>	-	19	< 20 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Desempleado	Medio	No	Sí	Sí	40	Normal
93	TTM	Nov-02	17.24 ≥ 15 años	TDF/FTC + LPV/rtv	40	375	ND	748	≥500/mm <sup>3</sup>	-	39	30-39 años	Femenino	Urbana	Conviviente	Hetero	Secundaria	Vendedor	Medio	No	No	Sí	33	Normal
94	CVLA	Ago-11	8.50 5-9 años	TDF/ 3TC + LPV/rtv	91,715	235	14200	257	200-499/mm <sup>3</sup>	-	31	30-39 años	Masculino	Urbana	Conviviente	Hetero	Secundaria	Cambista	Bajo	Sí	No	No	58	Leve
95	TCJC	Oct-08	11.33 10-14 años	TDF/ 3TC + LPV/rtv	186,069	38	591	298	200-499/mm <sup>3</sup>	-	35	30-39 años	Masculino	Urb-marginal	Soltero	Homo	Superior	Mecanico	Medio	Sí	No	No	54	Leve
96	MREJ	Ago-17	2.50 1-4 años	TDF/FTC/EFV	250,000	620	ND	1109	≥500/mm <sup>3</sup>	-	18	< 20 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Secundaria	Estudiante	Medio	No	No	Sí	40	Normal
97	PVJH	Dic-12	7.16 5-9 años	TDF/FTC/EFV	42,662	75	ND	324	200-499/mm <sup>3</sup>	-	25	20-29 años	Masculino	Urb-marginal	Soltero	Hetero	Superior	Mineria	Medio	Sí	Sí	Sí	40	Normal
98	HDLG	Set-15	4.42 1-4 años	TDF/FTC/EFV	<20	688	ND	712	≥500/mm <sup>3</sup>	-	29	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Otros	Superior	Administracion	Medio	No	No	Sí	29	Normal
99	MQJC	Jul-16	3.59 1-4 años	TDF/FTC/EFV	7,880	538	ND	739	≥500/mm <sup>3</sup>	-	29	20-29 años	Masculino	Urbana	Soltero	Homo	Superior	Publicidad	Medio	No	No	Sí	31	Normal
100	TCJC	Oct-08	11.33 10-14 años	TDF/ 3TC + LPV/rtv	186,069	38	591	298	200-499/mm <sup>3</sup>	-	34	30-39 años	Masculino	Urbana	Soltero	Hetero	Superior	Mineria	Alto	No	No	Sí	29	Normal



**Anexo 6:  
Proyecto de Investigación**

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**“RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y LA  
ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN  
PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA TRATADOS EN EL HOSPITAL  
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2020”**

Proyecto de Tesis presentada por la  
Bachiller:

**Sucasaca Cusi, Elizabeth**

Para optar por el Título Profesional  
de:

**Medico Cirujana**

**Asesor:**

Dr. Luza Casaverde, Edwin Wilder

**Arequipa - Perú  
2020**

## I. PREÁMBULO

La introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) ha modificado la historia natural de la enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y ha aumentado la supervivencia tanto de los pacientes con SIDA como de los pacientes viviendo con infección por el VIH. De este modo la infección por el VIH ha llegado a ser considerada como una enfermedad de carácter crónico (1).

El tratamiento TARGA consigue controlar la replicación viral, lo que retrasa la progresión clínica de la infección, incrementa de forma significativa la supervivencia y mejora la calidad de vida del paciente; esto debe de llevar a una disminución en los ingresos hospitalarios y consecuentemente en las tasas de letalidad (1).

La obtención de estos beneficios requiere mantener un elevado nivel de adherencia a la terapia prescrita; por el contrario, una baja adherencia originará un rebrote de la actividad viral y se podrá desarrollar rápidamente resistencia a los fármacos. Esto tendrá como consecuencia para el paciente el avance de la infección y la dificultad para encontrar posteriores tratamientos de la misma eficacia, lo cual se traduce en una mayor morbilidad y mortalidad, y en salud pública en el riesgo de transmisión de cepas resistentes a la población (2).

Muchos pacientes infectados por VIH afrontan su situación con sensación de desesperanza, aunque actualmente el diagnóstico no equivale a una sentencia de muerte, lleva consigo el estigma social, con una enfermedad de por vida. Los pacientes infectados pueden experimentar mayor ansiedad y depresión y menor autoestima que otros pacientes, con presencia de ira, irritabilidad, preocupación, negación, miedo, reacciones somáticas, problemas de sueño y estados emocionales negativos en estas personas (1).

En el Hospital Honorio Delgado se cuenta con la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA (ESNITSS) y centraliza la atención y tratamiento de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS), y estos pacientes efectivamente manifiestan síntomas de ansiedad y depresión, y esto puede hacer que no acepten el tratamiento, o no acudan de manera adecuada para el tratamiento, empeorando la situación de su salud tanto física como mental.

Por esta razón surge el interés por conocer la influencia del estado depresivo de PVVS en la adherencia al tratamiento antirretroviral, para poder tomar medidas preventivas y mejorar la calidad de vida de un segmento importante de la población.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.2. Enunciado del Problema

¿Existe relación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2020?

#### 1.3. Descripción del Problema

##### a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión - VIH

##### b) Análisis de VariableS

Variable	Indicador	Valores o categorías	Escala
<b><i>Variable independiente</i></b>			
Depresión	Puntaje en escala de depresión de Zung	25-49 rango normal 50-59 Ligeramente deprimido 60-69 Moderadamente deprimido 70 o más, Severamente deprimido	Ordinal

<b>Variable dependiente</b>			
Adherencia	Adherencia al tratamiento según escala de Morisky Green	Adherente / No adherente	Nominal
<b>Variables intervinientes</b>			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino, femenino	Nominal
Tiempo de enfermedad	Fecha de diagnóstico	Años	De razón
Esquema de tratamiento	Drogas empleadas	TDF + FTC + EFV Otros	Nominal
Carga viral	Copias de RNA viral	Copias/mL	De razón
Recuento de linfocitos	N° de linfocitos CD4	Linfocitos CD4/mL	De razón
Estadío clínico	Carga viral y recuento linfocitario	Estadío A, B, C	De razón
Presencia de comorbilidades	Comorbilidades asociadas	Infecciones oportunistas, neoplasias, otras	Nominal

### c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia y severidad de síntomas depresivos en PVVS tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa?
2. ¿Cuál es la adherencia a la terapia TARGA en PVVS tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa?
3. ¿Cuáles son las características de las PVVS que influyen en la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la TARGA en pacientes tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa?

- d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.
- e) **Nivel de investigación:** es un estudio observacional, prospectivo, transversal.

#### 1.4. Justificación del problema

El presente estudio busca establecer la presencia de síntomas depresivos y su relación con la adherencia a la TARGA en PVVS tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa; no hemos encontrado estudios similares en nuestro medio, por lo que la investigación es **original**.

Tiene **relevancia científica** puesto que confirma la influencia de la salud física en la salud mental, y a su vez la importancia de la salud mental en la adherencia a tratamientos para enfermedades crónicas. Tiene **relevancia práctica** porque permitirá identificar la magnitud de dos problemas importantes como son la adherencia terapéutica y la depresión en un grupo particular de pacientes como son las PVVS.

Tiene **relevancia social** porque permitirá mejorar la calidad de vida de la PVVS, y lograr adecuados niveles de control de la enfermedad y mejorar su calidad de vida.

El estudio es **contemporáneo** debido a la frecuencia creciente de PVVS que requieren de TARGA y se espera que la afectación en la salud mental sea un problema potencial en este grupo de pacientes.

Es **factible** de realizar por su diseño prospectivo y la presencia de una población conocida, y por contar con pruebas confiables y estandarizadas.

Cumple la **motivación personal** de realizar una investigación en el campo de la psiquiatría, y realizará además una importante **contribución académica** al generar nuevos conocimientos que servirán de fundamento para el desarrollo de estudios posteriores.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.2. Terapia antirretroviral

La terapia antirretroviral tiene como objetivos disminuir la cantidad de virus en la sangre (carga viral), aumentar el recuento de linfocitos CD4, y de esta manera prolongar la vida y mejorar la calidad de vida del paciente con SIDA. La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) es el régimen utilizado en los pacientes con VIH/SIDA, con el que se espera se logre reducir la carga viral a niveles indetectables por el mayor tiempo posible. Este régimen consta de por lo menos tres drogas antirretrovirales (3).

Las drogas antirretrovirales se distribuyen en 6 clases, de acuerdo al mecanismo de acción de las drogas. La terapia antirretroviral altamente efectiva generalmente debe incluir la combinación de 2 o más de estas clases, por lo general una combinación dual de nucleósido o nucleótido de la transcriptasa reversa y un tercer agente de otra clase (3). Además, cada grupo de drogas comparten características y efectos colaterales similares.

#### a) **Inhibidores nucleósidos/ nucleótidos de la transcriptasa reversa (INTR)**

La transcriptasa reversa es una enzima del VIH, que al ser inhibida por esta droga, no cumple su función y esto hace más lenta o impide la replicación del virus dentro de las células infectadas. Los INTR pasan por una fosforilación intracelular, la forma activa de ésta impide la replicación viral al unirse competitivamente con la transcriptasa reversa. En este grupo se incluyen: zidovudina (AZT), Tenofovir (TDF), Emtricitabina(FTC), Lamivudina (3TC), Estavudina (d4T), Didanosido (ddl), entre otros (21).

Esta clase de drogas comparte las siguientes características:

- Se pueden tomar antes o después de los alimentos (excepto el ddl, que debe ser tomado en ayunas)
- En general, no interactúan con otras drogas
- Todos los INTR pueden producir una condición clínica rara pero fatal: acidosis láctica y esteatosis hepática (21).

**Zidovudina (AZT):** Fue el primer antirretroviral que se usó para el tratamiento del VIH. En la actualidad su uso ha disminuido ya que se prefieren combinaciones de otros nucleósidos conteniendo Tenofovir, debido a que Zidovudina requiere una dosificación cada 12 horas, presenta mayores efectos adversos y una menor potencia virológica comparada con Tenofovir. Los efectos adversos más comunes incluyen: anemia, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, fatiga, confusión, malestar, alteraciones en los músculos y hepatitis (21).

**Tenofovir(TDF):** es un análogo de la adenosina monofosfato, se ha demostrado además que la combinación de TDF/FTC es superior a otras combinaciones de nucleósidos. No se recomienda el uso de Tenofovir con Rifampicina ya que disminuye su concentración. Entre los posibles efectos adversos se incluye nefrotoxicidad y disminución de la densidad ósea (4).

**Emtricitabina (FTC):** es un análogo de la dideoxicitidina , no debe ser combinado con lamivudina ya que debido a su similar estructura compiten por la fosforilación intracelular. Es una droga con muy buena tolerancia, con raros efectos adversos entre los que se incluye hiperpigmentación de palmas y plantas (21).

**Lamivudina (3TC):** Es la droga mejor tolerada de todos los INTR. Sin embargo, incluso en terapias combinadas, el virus puede hacerse resistente a ella. Son **poco comunes los efectos adversos**. Puede producir infrecuentemente dolor de cabeza y náuseas y pancreatitis (21).

**Estavudina (d4T):** Es una droga en general bien tolerada, pero puede causar neuropatía sensorial periférica (que son alteraciones en la capacidad de sentir golpes o daños en pies y manos), la cual generalmente desaparece después de que la droga es suspendida.. Puede ocurrir pancreatitis, especialmente cuando se combina con didanosido. Además de lipoatrofia. Por el incremento de efectos colaterales, ya no se recomienda esta combinación (d4T+ddl).

**Didanosido (ddl):** No se recomienda su combinación con estavudina por un incremento en la toxicidad. Los eventos adversos que limitan su

uso son: la neuropatía periférica dolorosa (dolor en manos, brazos, piernas y pies) relacionada a la dosis, pancreatitis, disturbios gastrointestinales, y lipodistrofia (con ausencia focal o general y/o aumento de tejido adiposo ej. disminución de bola de Bichat) (21).

**b) Inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR):**

También inhiben a la transcriptasa reversa, pero con un mecanismo diferente: previene la adición de nuevos nucleótidos a por parte de la transcriptasa reversa a una cadena de ADN en crecimiento. Pertenecen a esta clase: **nevirapina, efavirenz, entre otras (21).**

Esta clase de drogas comparte las siguientes características:

- La resistencia cruzada es muy común entre estas drogas, es decir si se desarrolla resistencia a efavirenz, no se debe utilizar nevirapina en el siguiente esquema porque muy probablemente también es resistente a esta.
- Pueden causar rash, que puede llegar a ser muy severo
- Son metabolizados a través del citocromo P450 hepático por lo que puede ocurrir interacción con otras drogas como los inhibidores de proteasa (21).

**Nevirapina:** El rash (aparición de una lesión extensa en la piel, que puede ser de varios tipos) es común tempranamente en el tratamiento y puede ser mas severo y mas frecuente que entre los otros INNTR, llegando incluso hasta Síndrome de Steven Johnson . Para disminuir el riesgo de rash se recomienda iniciar 200 mg de nevirapina al día durante dos semanas para después subir la dosis a 400 mg al día. La elevación de las transaminasas y la hepatitis clínica puede ocurrir con nevirapina por lo que se recomienda un seguimiento cercano de las pruebas de función hepático, al inicio del tratamiento, luego de dos semanas y posteriormente cada mes durante tres meses (21).

**Efavirenz:** Los efectos colaterales más comunes son los relacionados al SNC, entre los más frecuentes: mareos, dolor de cabeza, insomnio, dificultad para concentrarse confusión, sin embargo éstos suelen durar

solo las primeras semanas del tratamiento. También puede producir aumento de enzimas hepáticas, hiperlipidemia y rash (5).

**c) Inhibidores de proteasa (IP):**

Inhiben la escisión de las poliproteínas en las células infectadas impidiendo así la maduración y replicación del VIH (21).

Esta clase de drogas comparte las siguientes características:

- Todos pueden causar intolerancia gastrointestinal.
- Han sido asociados a hiperglicemia (elevación del azúcar en la sangre), aparición de diabetes mellitus e hiperlipidemia (aumento de las grasas en sangre, como el colesterol).
- Son metabolizados por el hígado, por lo que puede haber interacción con otras drogas que también son metabolizadas por este órgano.
- Por lo general se genera poca resistencia a estos agentes antirretrovirales (21).

**Lopinavir/ritonavir:** Se debe administrar con comidas. Esta droga es generalmente bien tolerada. Los eventos adversos más comunes son gastrointestinales, especialmente diarrea (22).

**d) Inhibidores de la fusión:**

Esta es la clase más nueva de antirretrovirales, se unen a la glicoproteína 41 (gp41) del VIH para evitar su unión a los linfocitos CD4. La única droga disponible actualmente se llama **enfuvirtide** y ha sido estudiada en pacientes que han fallado a esquemas previos, no como terapia de inicio. A diferencia de las otras drogas, esta es de administración subcutánea. La mayoría de los efectos adversos están relacionados a molestias en el sitio de la inyección (21).

**e) Antagonistas de CCR5**

El VIH ingresa a los linfocitos CD4 con el receptor CD4 y su correceptor CCR5 ( Correceptor de Citoquina 5), de esta manera los antagonistas de CCR5 bloquean el ingreso del VIH a los linfocitos CD4 (21).

**Maraviroc:** Es el único antagonista CCR5 aprobado, sin embargo éste no suele utilizarse como esquema terapéutico de primera elección, reservándose así para los casos de resistencia (21).

El Maraviroc tiene metabolismo renal y hepático, por lo cual la dosis debe ser ajustada en pacientes con depuración de creatinina menor a 30ml/min (21).

**f) Inhibidores de transferencia de la cadena de integrasa:**

En muchos países son considerados el tercer agente de elección en combinación con análogos de nucleósidos. Una de las ventajas de este antirretroviral es que alteran el colesterol ni los triglicéridos. Luego del ingreso de VIH a los linfocitos CD4 y la posterior transcripción del RNA a DNA, la integrasa se encarga de la integración el ADN viral al genoma celular. Los efectos adversos son poco comunes, sin embargo éstos incluyen mareo, insomnio y en raras ocasiones rabdomiolisis y miopatía.

**Raltegravir:** Asociado a Tenofovir y Emtricitabina, esta terapia combinada ha demostrado ser una de las más efectivas en reducir la carga viral (21).

**2.3. Esquemas del TARGA**

Los esquemas antirretrovirales altamente efectivos deben incluir por lo menos 3 drogas las que deben permanecer por lo menos a 2 clases diferentes. Los medicamentos utilizados por el MINSA son (3).

TDF 300mg (Tenofovir) + FTC 200mg (Emtricitabina) + EFV 600mg (Efavirenz) en dosis fija combinada (DFC) cada 24 horas

o

TDF 300mg (Tenofovir) + 3TC 150mg (Lamivudina) + EFV 600mg (Efavirenz) se utiliza este esquema cuando no se cuente con las presentaciones de DFC

Fuente; ministerio de salud, 2018

## 2.4. Indicación de tratamiento antirretroviral en el TARGA del MINSA

La persona, para ingresar al TARGA, según la Norma Técnica vigente, no debe haber sido tratado antes con antirretrovirales. Debe cumplir además los siguientes criterios:

- a) **GRUPO A** (Asintomáticos): CD4 igual o mayor a 200 cel/mm<sup>3</sup> y carga viral mayor a 55,000 copias/ml o disminución del conteo de CD4 mayor o igual a 100 cel/mm<sup>3</sup> por año.
- b) **GRUPO B** (Asintomáticos o sintomáticos): CD4 menor a 200 cel/mm<sup>3</sup> y/o carga viral mayor a 55,000 copias/ml.

Aquellas personas que hayan recibido o se encuentren recibiendo antirretrovirales al momento de aplicarse la Directiva del Ministerio de Salud serán evaluadas posteriormente para decidir su ingreso al TARGA (3).

## 2.5. Adherencia:

El grado de adherencia del paciente al tratamiento es un determinante fundamental del grado y duración de la supresión viral que se logra con TARGA. La adherencia inadecuada es el factor más importante para el fracaso terapéutico. Se requiere que el paciente tome el 95% de las dosis para mantener el virus suprimido a largo plazo, a esto se llama **adherencia óptima**. Una cifra menor se considera como **adherencia inadecuada** (6).

Las razones dadas para la adherencia inadecuada son: olvidarse las dosis, estar muy ocupado, viajes y otros cambios significativos en la rutina, quedarse dormido, estar deprimido, efectos adversos de las medicinas, sentirse mal, problemas económicos. Los factores identificados en los pacientes que son predictores de adherencia inadecuada son:

- 1- Falta de confianza en el médico.
- 2- Uso de alcohol o drogas
- 3- Enfermedad mental activa (depresión, psicosis, etc.)
- 4- Bajo nivel educativo.
- 5- No poder identificar sus medicinas cuando se le pregunta.
- 6- Falta de acceso a servicios de salud y medicinas.

7- Miedo a los efectos adversos.

8- Inestabilidad en cuanto a vivienda, familia, ingresos, otros.

9- Violencia doméstica.

En cambio, favorecen la adherencia óptima:

1- Tener apoyo emocional y socioeconómico.

2- Cuando el paciente puede incluir bien las medicinas en su rutina diaria.

3- Entender las consecuencias de la adherencia inadecuada y que tomar todas las dosis como están indicadas es esencial.

4- Sentirse cómodo tomando las medicinas frente a otros.

5- Asistir a todas sus citas en el centro de salud.

6- Conocer todos los posibles efectos indeseados (7).

Por lo expuesto antes, podemos identificar a muchos pacientes en riesgo de adherencia inadecuada y por tanto de fracaso terapéutico. Debemos tomar también en cuenta que incluso el paciente ideal puede fallar. En países desarrollados solo el 50% de los pacientes mantienen una respuesta óptima.

### 2.5.1. Medición de la adherencia:

Medir la adherencia al tratamiento es necesario si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades. La adherencia engloba dos conceptos: *cumplimiento* de dosis y forma de administración (*compliance* para los anglosajones) y *persistencia* en la duración del tratamiento prescrito. Según ambos conceptos, se pueden identificar diversos métodos de medición. Teóricamente el máximo cumplimiento terapéutico, tanto de dosis prescrita como de forma de administración, estaría reflejado en la relación (comprimidos tomados/ comprimidos prescritos) y sería del 100% si en la fórmula numerador y denominador fueran iguales.

La fórmula sería sencilla de cumplir, si realmente el paciente respondiera al facultativo correctamente a la simple cuestión de ¿cuántos comprimidos se ha tomado desde la última visita? Sin embargo el problema surge cuando o bien el paciente no se acuerda o bien con un sentimiento de culpa por haberse olvidado algún comprimido falsea el resultado, unas veces por vergüenza y otras por no desengañar al médico. Se han de buscar pues fórmulas fáciles para evitar ese interrogatorio directo que puede incomodar tanto al paciente como al facultativo (9).

#### a) Bases de datos de farmacia

Un instrumento que da una buena aproximación al problema es la base de datos de farmacia. Éste es un instrumento útil, sobre todo para la industria farmacéutica y la administración, pues permite conocer el número de nuevos tratamientos y la discontinuación de los mismos. En nuestro país se consigue una buena aproximación a los datos reales pues las prescripciones de fármacos por la mayoría de facultativos están incluidas dentro del programa del PROCETSS, que subvenciona el fármaco. Además las prescripciones son nominales y es posible conocer los datos de inicio y final de tratamiento para un paciente determinado. El lado negativo de este sistema viene dado porque, a pesar de realizarse la prescripción y de que la farmacia

administre el fármaco, no se tiene la seguridad de que el paciente cumpla realmente el tratamiento en la dosis y la forma adecuada (9).

### **b) Información del propio paciente de su adherencia o comportamiento:**

El paciente puede proporcionar directamente los datos de su comportamiento en cuanto la adherencia mediante diversas fórmulas. Una muy utilizada en los ensayos clínicos controlados es la del retorno de los envases o blísters. El recuento de los comprimidos no utilizados dará el porcentaje de cumplimiento en un periodo establecido. Éste es un procedimiento que no puede asegurar si el paciente se ha tomado la medicación de forma correcta y a la hora prescrita. Además tampoco se puede asegurar que el paciente retorne todos los envases con comprimidos no utilizados, por lo que entre los pacientes con bajo cumplimiento el recuento de comprimidos es sospechosamente erróneo .

Otro sistema muy utilizado es la información proporcionada por el propio paciente o *patient-self-report* que combina dos tipos de preguntas referidas a la dificultad y a los comprimidos olvidados en el último mes (Anexo I). El cumplimiento se valora mediante la fórmula:  
 $30 - \text{comprimidos olvidados} \times 100$ .

También se puede utilizar el cuestionario de cumplimiento preguntando: ¿está el paciente siguiendo el tratamiento?, y si no lo hace, ¿cuál ha sido la razón para el abandono? Finalmente el cuestionario de forma autorreferida más utilizado es el de Morisky-Green validado en su versión española por Val Jiménez y cols (10).

### **c) Métodos electrónicos**

Los instrumentos de medida de adherencia administrados para que el propio paciente responda tienen la tendencia a sobreestimar el cumplimiento. Éste es un dato conocido, así cuando se combinan con

métodos como el retorno de los envases existe un cierto desajuste . Por este motivo se han desarrollado diversos dispositivos electrónicos como *Electronic monitoring device (medication event monitoring system MEMS)* que registra el momento en que el paciente abre el frasco de la medicación o un dispensador electrónico de medicación desarrollado específicamente para mejorar la adherencia de la población geriátrica (8).

La incorporación de métodos electrónicos permite conocer más datos sobre cuándo y a qué hora el paciente adquiere la medicación, sin embargo no dice si el paciente ingiere correctamente la medicación. Parece ser que tan sólo un 50-60% de pacientes consigue una adherencia óptima o excelente (8).

#### **d) Monitorización mediante parámetros analíticos**

Evidentemente la determinación sanguínea de los niveles plasmáticos de un fármaco sería la forma ideal de monitorizar la adherencia de un paciente a la medicación prescrita. Sin embargo, es obvio que ello es imposible excepto dentro de ensayos clínicos específicos. No obstante pueden existir parámetros analíticos de respuesta al fármaco que permitan la monitorización de la respuesta al tratamiento versus la enfermedad (8).

#### **2.5.2. Modos de mejorar la adherencia**

Podemos contribuir a mantener niveles altos de adherencia con las siguientes medidas:

- Antes de iniciar el tratamiento evaluar si el paciente está listo para ello. Si entiende bien y se compromete a seguir las indicaciones. Debe comprender que puede perder su única oportunidad de controlar la enfermedad, dados los limitados recursos que tenemos. También debe conocer los posibles efectos adversos y que hacer si ocurren. El apoyo de familiares y amigos es importante. Finalmente, si hay factores de riesgo alto de no adherencia, como el abuso activo de drogas o depresión, se debe considerar posponer el inicio de TARGA, si es medicamente posible, para controlar el problema.

- En las visitas de seguimiento preguntar por las dosis de los últimos 3 días (memoria reciente), por su adherencia al tratamiento en general y si es posible, que traigan las medicinas a la consulta (se puede contar las pastillas si hay duda). Brindar apoyo y evitar juzgar o condenar los errores.
- El equipo de salud debe ser asequible a preguntas, monitorear efectos adversos y evaluar periódicamente la presencia de los factores antes mencionados.
- La adherencia decae con el tiempo, no confiarse, evaluar a TODOS los pacientes en cada visita.
- Usar regímenes simplificados, con el menor número de pastillas, evitando las interacciones medicamentosas y corrigiendo los efectos adversos.
- Promover el uso de recordatorios de las dosis, como alarmas, cajitas de pastillas, ayudas visuales. Se debe educar al paciente continuamente (23).

## 2.6. Depresión

La tristeza, es un sentimiento desagradable, penoso y aflictivo que se acompaña de relajación con pobreza de los gestos y movimientos y de un tono monótono, cansado, lento o quejumbroso de la voz. Puede no existir llanto, pero cuando existe es muy significativo, pese a que sea contenido por el sujeto. La tristeza en sus diferentes gradaciones y presentaciones es un síntoma casi obligado de los estados depresivos (12).

La Depresión es un síndrome que tiene como síntomas cardinales a la tristeza o al estado de ánimo venido a menos, a la dificultad para elaborar el pensamiento, a la lentificación motora. El deprimido se siente desanimado, pesimista, desesperanzado y desesperado. Además, se agrega a esta sintomatología la mengua o pérdida del interés por los objetos del entorno, cansancio o fatiga, sentimiento de culpa, ideas de suicidio y muerte, disminución del apetito, estreñimiento, insomnio, impotencia o frigidez como un compromiso del estado vital. La angustia, en mayor o menor grado, siempre está presente. En los casos graves se comprueba ideas delusivas, elaboraciones pseudoperceptivas y estupor o agitación motoras. El síndrome

depresivo es uno de los más frecuentes de la clínica psiquiátrica, y en su etiología confluyen factores genéticos neurobioquímicos, psicosociales y orgánicos (cáncer pancreático, enfermedad de Addison o uso de sustancias hipotensoras, contraceptivas, digitálicas). , que interfiere con la vida diaria y el desempeño normal (12).

Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública en el mundo. A pesar de los progresos en el control de la morbilidad y mortalidad por diferentes enfermedades físicas, Los trastornos mentales aumentan su frecuencia, siendo responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida de las personas (12).

Los episodios depresivos se clasifican como leves, moderados o graves, según sus síntomas y su gravedad. En un episodio leve, en general, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria. En un episodio moderado tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En un episodio grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes (12).

La OMS define a la depresión como el más común de los trastornos mentales. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Con una prevalencia estimada de 15 al 25%, siendo mayor en mujeres. Se estima que en torno a un 20% de los pacientes que consultan a médicos de atención primaria padecen trastornos de depresión (20).

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos eco-nómicos, ni con el estado civil (12).

### 2.6.1. Aspectos clínicos de la depresión:

La Depresión patológica se caracteriza por: 1) pesadumbre, falta de energía de espontaneidad y de reacción de las tendencias instintivas normales; 2) de propensión a la tristeza y la zozobra y , menos frecuentemente, al miedo y a la verdadera angustia; 3) subvaloración de sí mismo y propensión a sentirse culpable y acusarse de faltas, a la que se da exagerada importancia, con motivos triviales o sin fundamento alguno; 4) dificultad indecisión y lentitud para ejecutar los actos necesarios, aunque sean los más habituales; 5) ánimo apocado, sentimientos de impotencia para vivir y de insensibilidad moral (11).

Síntomas clínicos, el humor deprimido y la pérdida de interés o satisfacción son los síntomas clave de la depresión. Los pacientes pueden comentar que se sienten tristes desesperanzados, sumidos en la melancolía. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (11).

Un 50% de los pacientes empeora a la mañana con mayor gravedad de los síntomas y se alivia a medida que pasa el día. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer (11).

Los cambios psicomotores incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos y pellizcar o arrugar la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos; aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones y cantidad o variedad de contenido, o mutismo). La agitación o el

enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva. Suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Muchos refieren capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Pueden distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria. En sujetos de edad avanzada con un episodio depresivo mayor, la queja principal puede ser la falta de memoria, que puede ser tomada erróneamente por un signo de demencia («pseudodemencia») (11).

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para los sujetos con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias (11).

Los síntomas de un episodio depresivo mayor suelen desarrollarse a lo largo de días o semanas. Antes de que comience puede haber un período prodrómico con síntomas ansiosos y síntomas depresivos leves, que puede durar semanas o meses. La duración de un episodio depresivo mayor también es variable. Lo habitual es que un episodio no tratado dure 6 meses o más, independientemente de la edad de inicio (11).

### **2.6.2. Diagnóstico de Trastorno depresivo mayor (DSM-5):**

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica (13).

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste,

vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.) (13).

2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan) (13).

3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada) (13).

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días (13).

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido) (13).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días (13).

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo) (13).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) (13).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse (13).

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento (13).

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica (13).

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos (13).

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía.  
Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica (13).

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida (13).

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.2. A nivel local

**Autor:** Yorka Miluska, Rojas Noha

**Título:** Prevalencia de síntomas depresivos y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH que reciben TARGA en la ESNITSS del Hospital Goyeneche – 2019.

**Fuente:** Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2019.

**Resumen:** El presente es un estudio observacional prospectivo y transversal, se evaluó a 116 pacientes atendidos en el Programa VIH/SIDA del Hospital Goyeneche. Fueron aplicados en forma transversal: el Inventario

de Depresión de Beck-II y la Escala de Adhesión a los Medicamentos de Morisky, Green y Levine, además se obtuvieron datos demográficos de las fichas clínicas. Resultados: Se encontró que el 47.4% tenían edades comprendida entre los 18-29 años; el 91.4% son varones; el 56.9% de la población tiene educación secundaria; el 71.6% cuenta con un agente de soporte, dentro de estos pacientes 44% cuentan con la familia como soporte. En términos de las categorías correspondientes a los puntajes obtenidos se observó 63% de casos con síntomas depresivos mínimos o no depresión, 10.3% con depresión leve, 12.9% depresión moderada y 13.8% depresión severa. La adhesión auto-reportada mostró 54.31% de sujetos considerados con buena adherencia contra un 45.69% con mala adherencia (14).

### 3.3. A nivel nacional

**Autor:** Carlos, Parraga Sandoval; César, Vargas Alayza

**Título:** Asociación entre la alexitimia y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en personas adultas con infección por VIH/SIDA.

**Fuente:** Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), 2016.

**Resumen:** Estudio transversal analítico en 561 pacientes en Lima, Perú. El riesgo de Alexitimia (RA) fue medido con la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y la adherencia al TARGA con el CEAT-VIH. Se midió la edad, sexo, estado civil, orientación sexual, esquema de TARGA, tiempo de enfermedad, y riesgo de depresión. Se desarrollaron modelos de regresión logística multinomial con errores estándar robustos para estimar Razones de Prevalencia (RP) e IC95%. El 27,4% poseían RA y un 24% adherencia baja. La media de tiempo de enfermedad fue 87,3 meses. En el análisis bivariado se halló asociación entre la mala adherencia y RA ( $p < 0,002$ ), riesgo de depresión ( $p < 0,001$ ), esquema TARGA ( $p = 0,04$ ), edad ( $p = 0,02$ ), tiempo de enfermedad ( $p = 0,01$ ) y riesgo de tabaco ( $p = 0,02$ ). Se encontró asociación entre el RA y la baja adherencia tanto a nivel crudo (RP: 1,96 IC95% 1,30 a

2,95) como ajustado, por esquema TARGA, tiempo de enfermedad y edad (RP:1,84 IC95% 1,21 a 2,82) (15).

**Autor:** Norma Isabel, Matute Salazar

**Título:** Factores predictores de la adherencia no adecuada al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes que viven con VIH/Sida.

**Fuente:** Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, 2016.

**Resumen:** Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico de casos y controles en el cual se encuestaron a 220 pacientes (110 casos y 110 controles) con infección por VIH/SIDA y se revisó sus historias clínicas durante el período de Noviembre del 2015 a Setiembre del 2016. Se ingresaron las variables estudiadas al análisis de regresión logística y se encontraron como variables predictoras de la adherencia no adecuada a las reacciones adversas (OR 2,828, IC 95% 1.156 a 6.922), síntomas depresivos (OR 11,392, IC 95% 4,216 a 30,778) y el consumo de alcohol reciente (OR 3,573, IC 95% 1,275a 10,009) (16).

### 3.4. A nivel internacional

**Autor:** Óscar Alvis; Liz De Coll; Lourdes Chumbimune; Cristina Díaz; Judith Díaz; Mary Reyes

**Título:** Adherencia terapéutica a los antirretrovirales de gran actividad en personas con VIH/SIDA.

**Fuente:** Archivos del Hospital Universitario" General Calixto García", 2018; 7(2): 222-233.

**Resumen:** Se realizó una investigación observacional de corte transversal en 153 pacientes de 18 y más años, con diagnóstico de VIH/SIDA, del Policlínico "Marcios Manduley", municipio Centro Habana, en el año 2018. La fuente de información fueron las historias clínicas individuales y familiares

y se aplicó un cuestionario estructurado para complementar la información requerida. Para establecer relación entre variables se utilizó la prueba de Ji cuadrado ( $\chi^2$ ) con significación estadística,  $p = 0,05$  y se identificaron variables cuyos coeficientes fueron significativamente diferentes de 0 ( $p < 0,05$ ). El 70,5 % tuvo buena adherencia. Se encontró asociación estadística entre la adherencia terapéutica y la escolaridad, vínculo de pareja no estable, disfuncionalidad familiar, tiempo bajo tratamiento y presencia de reacciones adversa (17).

**Autor:** Javier Mauricio, Mejía López; Mónica Beatriz, Siguencia Chica.

**Título:** Adherencia al tratamiento retroviral a pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana del Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” de la ciudad de Guayaquil.

**Fuente:** Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2019

**Resumen:** Metodología, nivel descriptivo, cuantitativo y transversal. Para la recolección de datos, se aplica una encuesta, por medio de 17 ítems con opciones múltiples. El universo estuvo constituido por 30 Pacientes que recibieron tratamiento retroviral durante el mes de Enero. Como resultados, se evidenció que la incidencia del virus de la inmunodeficiencia fue en las mujeres (55%), de las cuales el 22% siempre olvida tomar su medicamento, el 22% tiene cambios de ánimos, el 26% problemas de ansiedad, el 16% presentó epigastralgia, el 55% que el sabor y el olor del medicamento eran desagradables. Por lo que se puede concluir, que existen factores que presentan los pacientes, los cuales pueden conllevar a que estos abandonen el tratamiento, de esta forma se hace evidente de que las autoridades de la institución desarrollen orientaciones y provean de los medicamentos a todos los pacientes (18).

#### **4. Objetivos.**

##### **4.2. General**

Establecer la relación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2020.

##### **4.3. Específicos**

- 1) Conocer la frecuencia y severidad de síntomas depresivos en PVVS tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- 2) Describir la adherencia a la terapia TARGA en PVVS tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- 3) Identificar las características de las PVVS que influyen en la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la TARGA en pacientes tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

#### **5. Hipótesis**

Es probable que exista relación entre la presencia de síntomas depresivos y la mala adherencia a la TARGA en PVVS tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

**Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) que contendrá la escala de Morisky-Green (Anexo 2), así como la escala de depresión de Zung (Anexo 3) y Consentimiento Informado (Anexo 4).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

#### 2. Campo de verificación

**2.1. Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

**2.2. Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el primer bimestre (Enero y Febrero) del año 2020.

**2.3. Unidades de estudio:** Personas viviendo con VIH/SIDA Tratados con TARGA en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, 2020.

**2.4. Población:** Todas las Personas viviendo con VIH/SIDA Tratados con TARGA en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa; se estiman en 780 personas.

**Muestra:** se estudiará una muestra no probabilística de tipo intencional conformada por 100 pacientes que cumplan los criterios de selección.

**Criterios de selección:**

##### • Criterios de Inclusión

- Paciente con diagnóstico definitivo de infección por HIV
- Mayor de 18 años de edad
- De ambos sexos.

- Participación voluntaria en el estudio

- **Criterios de Exclusión**

- Paciente que no acuda para tratamiento en un periodo mayor a 4 semanas.
- Paciente con deterioro cognitivo.
- Paciente previamente diagnosticado con trastorno depresivo (previo al diagnóstico definitivo de VIH)

### 3. Estrategia de Recolección de datos

#### 3.2. Organización

Se realizarán coordinaciones con la Dirección del Hospital General y los Coordinadores y Jefes del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCTSS), de Farmacia y del Programa TARGA para obtener la autorización para realizar el presente estudio.

Se accederá a las unidades de estudio en el módulo de Atención de las personas viviendo con VIH – SIDA (PVVS), para realizar una valoración de su cumplimiento de tratamiento (adherencia), aplicando un cuestionario administrado por el propio paciente (Anexo 2). Se empleará la Escala de Depresión de Zung para determinar la presencia y la gravedad del cuadro depresivo (Anexo 3) y Consentimiento Informado (Anexo 4).

#### 3.3. Recursos

- a) Humanos
  - Investigadora
  - Asesor.
- b) Materiales
  - Fichas de investigación
  - Material de escritorio
  - Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.
- c) Financieros
  - Autofinanciado

### 3.4. Validación de los instrumentos

La escala de depresión de Zung ha sido validada en lengua española. Consta de 20 preguntas, es autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Cada ítem se responde según una escala de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual (19).

Proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems. Para los ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta «muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente» vale 1 punto y la respuesta «casi siempre, siempre, casi todo el tiempo» vale 4 puntos (19).

Los ítems en sentido positivo reciben menor puntuación a mayor presencia, de tal modo que la respuesta «muy poco tiempo,...» vale 4 puntos y la respuesta «casi siempre,...» vale 1 punto (19).

Se puede valorar la severidad de la depresión con la siguiente escala:

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido (19)

La escala de adherencia al tratamiento de Morisky Green ha sido validada en lengua española. La versión utilizada, primera versión, cuenta de 4 preguntas de respuesta dicotómica Sí o No para valorar una correcta adherencia terapéutica (8).

El cuestionario consiste en realizar cuatro preguntas al paciente de respuesta dicotómica Sí o No sobre sus actitudes ante la medicación. Se asume que el paciente no es adherente cuando las actitudes no son adecuadas. Se considera que el paciente es adherente al tratamiento cuando responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir No/ Sí/ No/ No (8).

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

Fuente: Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. 2018

El test de Morisky Green, tanto el original (que consta de cuatro preguntas) como sus versiones posteriores (de ocho preguntas) debido a su amplio uso en distintas patologías y aplicado en múltiples poblaciones resulta de gran ventaja en comparación a otros cuestionarios que también evalúan adherencia al tratamiento (8).

### 3.5. Criterios para manejo de resultados

#### a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

#### b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

#### c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

#### d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones.

La comparación de variables cualitativas entre grupos independientes se realizará con la prueba chi cuadrado. La asociación entre las variables de adherencia y síntomas depresivos se evaluará mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

#### IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 2019				Enero 2020				Febrero 2020			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica			■	■								
3. Aprobación del proyecto					■	■						
4. Ejecución							■	■	■	■		
5. Análisis e interpretación											■	
6. Informe final												■

**Fecha de inicio:** 01 de diciembre 2019

**Fecha probable de término:** 25 de febrero 2020

## V. Referencias Bibliográficas

- 1) Betancourt J. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos. Rev Cubana Med Gen Integrm 2018;34(3):82-93.
- 2) Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(1):66-72.
- 3) Ministerio De Salud. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Disponible en:  
[http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM\\_9622014.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM_9622014.pdf)
- 4) Gallant JE, DeJesus E, Arribas JR, Pozniak AL, Gazzard B, Campo RE, Lu B, McColl D, Chuck S, Enejosa J, Toole JJ, Cheng AK. Tenofovir DF, Emtricitabine, and efavirenz vs. zidovudine, lamivudine, and efavirenz for HIV. Study 934 Group N Engl J Med. 2006;354(3):251.
- 5) Clifford DB, Evans S, Yang Y, Acosta EP, Goodkin K, Tashima K, Simpson D, Dorfman D, Ribaud H, Gulick RM. Impact of efavirenz on neuropsychological performance and symptoms in HIV-infected individuals.. Ann Intern Med. 2005;143(10):714.
- 6) Reyes-Flores E, Trejo-Alvarez R, Arguijo-Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, Mazzoni-Chavez L. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Revista Médica de Honduras, 2016: 84(3):125-132.
- 7) Casotti J, Mendes A, Endlich B, Queiroz M, Tartaglia R, Motta T. Factores asociados con la adherencia a la terapia HAART en pacientes con VIH/SIDA. DST - J Bras Doenças Sex Transm 2011;23(4):215-221
- 8) Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica. 2018;59(3).

- 9) Tafur E, Ortiz C, García E, Faus M, Martínez F. Impacto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú). *Pharm Care Esp.* 2012; 14(4): 146-154
- 10) Salmanton J, Herrador Z, Ruiz P, Nzang J, Bendomo V, Bashmakovic E, et al. Adherencia autodiagnosticada de la terapia antirretroviral en población VIH + de Bata, Guinea Ecuatorial. *Aids Care* 2015;11(1):1-11
- 11) López-Ibor Aliño, J, Valdés Miyar, (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado.* Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-1087-3. PAG 345-351
- 12) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 157(suppl):1, 2010.
- 13) American Psychiatric Association APA. 2015. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 14) Rojas YM. Prevalencia de síntomas depresivos y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH que reciben Targa en la Esnitss del Hospital Goyeneche – 2019. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2019.
- 15) Parraga C, Vargas C. Asociación entre la alexitimia y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (Targa) en personas adultas con infección por VIH/SIDA. Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), 2016.
- 16) Matute NI. Factores predictores de la adherencia no adecuada al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes que viven con VIH/Sida. [Tesis para optar el título de médico cirujano], Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo, 2016.
- 17) Pérez JE, Viana LF. Adherencia terapéutica a los antirretrovirales de gran actividad en personas con VIH/SIDA. *Archivos del Hospital Universitario" General Calixto García"*, 2018; 7(2): 222-233.

- 18) Mejía JM, Siguencia MB. Adherencia al tratamiento retroviral a pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana del Hospital de Infectología “Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña” de la ciudad de Guayaquil. [Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería]; Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2019
- 19) Escala Autoadministrada De Depresion Test De Depresion, 2020. [www.depresion.psicomag.com/esc\\_zung.php](http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php).
- 20) “Organización Mundial de la Salud (OMS) Depresión.” World Health Organization, World Health Organization, 23 Feb. 2017, [www.who.int/topics/depression/es/](http://www.who.int/topics/depression/es/).
- 21) Courtney V Fletcher, PharmD. Overview of antiretroviral agents used to treat HIV. 2018. UpToDate, Disponible en: [www.uptodate.com/contents/overview-of-antiretroviral-agents-used-to-treat-hiv?search=HIV-treatment&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](http://www.uptodate.com/contents/overview-of-antiretroviral-agents-used-to-treat-hiv?search=HIV-treatment&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2).
- 22) Zumaeta Saavedra E. Factores sociodemográficos, clínicos y terapéuticos asociados a la adherencia de la terapia antiretroviral de gran actividad en el hospital regional de Loreto del 2010- 2012. 2013 [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
- 23) Martínez S. Adherencia al tratamiento antirretrovirales en pacientes del cai, del hospital regional “Gabriela Alvarado” Danlí, el Paraíso- Honduras enero-mayo 2013. [Tesis para optar al Grado de Maestro en Epidemiología].

## ANEXOS

### Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° \_\_\_\_\_

#### Datos del paciente:

Iniciales : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ años  
Nombres Apellidos  
Sexo: Femenino  Masculino   
Procedencia: Rural  Urbana  Urbano-marginal   
Estado civil:  
Soltero/a  Conviviente  Casado/a  Separado/a  Viudo/a   
Divorciado/a   
Orientación sexual: Heterosexual  Homosexual  Otros   
Nivel de instrucción: Iltrado  Primaria  Secundaria   
Superior   
Nivel socioeconómico: Alto  Medio  Bajo   
Cuenta con SIS: SI  NO   
En que trabaja? : \_\_\_\_\_  
Antecedente de Depresión: SI  NO

#### Datos de la enfermedad

Tiempo de enfermedad: \_\_\_\_\_ Años  
Esquema de tratamiento  
TDF/ FTC/ EFV \_\_\_\_\_  
Otros : \_\_\_\_\_

Carga viral pretratamiento: \_\_\_\_\_ copias RNA/mL  
Carga viral actual : \_\_\_\_\_ copias RNA/mL  
Recuento de linfocitos pretratamiento: \_\_\_\_\_ Linfocitos CD4/mL  
Recuento de linfocitos actual: \_\_\_\_\_ Linfocitos CD4/mL  
Estadío clínico Estadío A  B  C   
Comorbilidades:

## Anexo 2

### Escala de Adherencia al Tratamiento Morisky Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?

Sí ( ) No ( )

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Sí ( ) No ( )

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?

Sí ( ) No ( )

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

Sí ( ) No ( )

Observaciones: .....

.....

.....

### Anexo 3

### Escala de Depresión de Zung

Marca la afirmación que más se parezca a lo que tú sientes.

	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES
1. Me siento triste y decaído.	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta trabajo dormirme	1	2	3	4
5. Como igual que antes	4	3	2	1
6. Aún tengo deseos sexuales.	4	3	2	1
7. Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Estoy estreñado	1	2	3	4
9. El corazón me late más rápido	1	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	2	3	4
11. Tengo la mente tan clara como antes.	4	3	2	1
12. Hago las cosas que acostumbro hacer.	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	1	2	3	4
14. Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que antes.	1	2	3	4
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario.	4	3	2	1
18. Encuentro agradable vivir	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20. Disfruto con las mismas cosas que antes	4	3	2	1

## Anexo 4

### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre del paciente), identificado con DNI N° \_\_\_\_\_, he sido informado del estudio **“Relación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad en personas viviendo con VIH/SIDA tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2020”**, que será realizado por la señorita Elizabeth Sucasaca Cusi, para lo cual se ha solicitado mi participación voluntaria y anónima, a través de un cuestionario y proporcionando datos para una ficha de datos.

No se me requerirá exámenes de sangre o toma de muestras además de las necesarias por mi enfermedad actual

Se me ha explicado que la información proporcionada será confidencial y de uso exclusivo para la presente investigación.

Por lo que doy mi consentimiento para la realización del estudio

Arequipa, \_\_\_\_\_ 2020

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI