

2

Mujeres, VIH/SIDA y adherencia terapéutica

Sara Sánchez Peñas
y Pilar Almansa Martínez

Introducción

Según la OMS la infección por VIH, es aquella en la que el virus de la inmunodeficiencia humana infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o trastorna su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. Se habla de inmunodeficiencia, cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades. Las infecciones que acompañan la inmunodeficiencia grave se denominan “oportunistas” porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

Por tanto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representa las etapas más avanzadas de la infección por VIH. Se define por la aparición de algunas de más de veinte infecciones oportunistas o cánceres vinculados con VIH.

Se puede transmitir por las relaciones sexuales (vaginales, anales, bucales) sin protección con una persona infectada; por la transfusión de sangre contaminada, y por compartir agujas, jeringas, u otros objetos punzocortantes contaminados. La madre puede transmitirle la infección al hijo(a) durante el embarazo, el parto, o el amamantamiento¹.

El VIH/SIDA en datos

TABLA 1. Estimación de niños, adultos, nuevos casos y fallecimiento por sida, 2011

Número estimado de niños y adultos	<i>En el mundo</i>	34 millones de personas infectadas
	<i>Europa Occidental</i>	900.000 personas infectadas
Nuevos casos	<i>En el mundo</i>	2,5 millones de nuevos casos
	<i>Europa Occidental</i>	30.000 nuevos casos
Fallecimientos	<i>En el mundo</i>	1,7 Millones de fallecimientos
	<i>Europa Occidental</i>	7.000 personas

Fuente: Informe ONUSIDA España 2012⁵⁹

TABLA 2. Personas, fallecimientos y huérfanos por el sida

Nº de personas que viven con VIH	150.000 (130.000-160.000)
Prevalencia de entre 15-49 años	0,40% (0,40%- 0,50%)
Personas adultas de al menos 15 años que viven con el VIH	150.000 (130.000- 160.000)
Mujeres de al menos 15 años que viven con el VIH	35.000 (31.000- 39.000)
Niños de 0-14 años de edad que viven con el VIH	N/A
Fallecimientos por sida	< 1.000 (< 1.000- < 1.000)
Huérfanos por el sida de 0- 17 años de edad	4.300 (3.800- 4.800)

Fuente: Informe ONUSIDA España 2012⁵⁹

Situación epidemiológica del VIH/SIDA en mujeres en España

Las conclusiones más relevantes respecto a la situación epidemiológica del VIH/sida en mujeres son:

- La tasa de nuevos diagnósticos de infección por VIH se ha igualado con países de nuestro entorno, desde 2003, los nuevos diagnósticos se mantiene estable en ambos sexos.

- Las mujeres infectadas por VIH son más jóvenes y la gran mayoría se infectaron a través de relaciones sexuales no protegidas.
- La prevalencia de infección VIH en madres de recién nacidos vivos se mantiene estable en alrededor 1,5%0.
- Las mujeres que acuden a realizarse la prueba del VIH en las clínicas especializadas son jóvenes de 29 años de media, el factor de exposición es mayoritariamente el contacto sexual y casi la mitad son inmigrantes.
- En los casos de Sida, el patrón de transmisión más común para las mujeres se invirtió en el 2002, siendo la transmisión heterosexual más común que la predominante hasta ese momento
- El 3,1% de las mujeres con Sida sufren cáncer de cuello uterino⁴.

Vigilancia del VIH/SIDA en la Región de Murcia

En el periodo 2009-2011, la incidencia regional de nuevos diagnósticos de VIH se mantiene relativamente estable y ligeramente inferior a la media estatal, mientras que desde 1999 la incidencia de Sida es bastante semejante a la nacional.

Tanto la infección por VIH como el Sida, afectan mayoritariamente a hombres (80% hombres y 20% mujeres), a personas jóvenes o de edad media (mediana de edad de 35 años en los nuevos diagnósticos de VIH y 39 años en los casos de Sida) y de procedencia española (65% españoles y 35% extranjeros)⁵.

Datos sobre los pacientes con TARGA en el Área III de Salud

SAVAC, es un Programa Integral Corporativo del Servicio Murciano de Salud, de Gestión de Farmacia y en su módulo de Dispensación a pacientes del PROSEREME-V, nos arroja los datos sobre el número total de pacientes diagnosticados con VIH/Sida, durante los años 2010 a 31 de diciembre de 2012, en el Hospital Rafael Méndez de Lorca. Observamos un ligero descenso de casos en los hombres y un ligero aumento de casos en las mujeres a medida que avanzan los años y en el periodo que nos ocupa.

GRÁFICO 1. Proporción en el diagnóstico de VIH entre mujeres y hombres (2010-2012), en el Área III de Salud

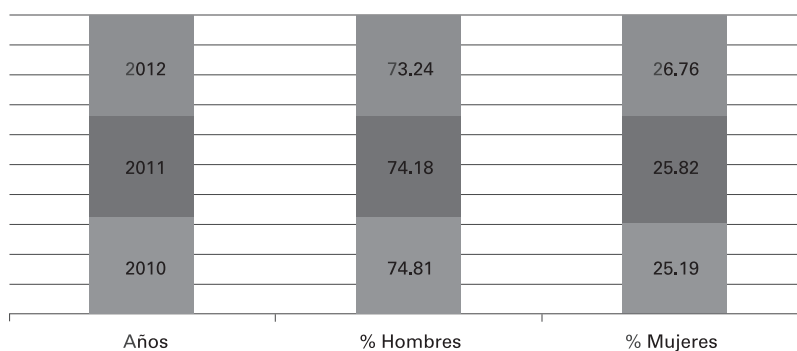
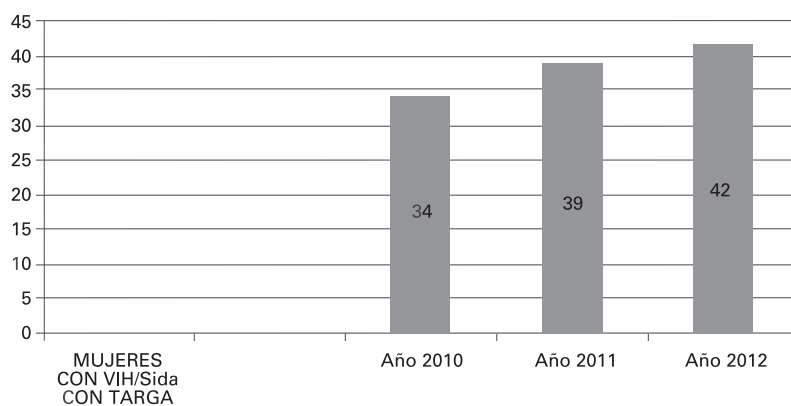


GRÁFICO 2. Número total de mujeres con VIH/Sida con TARGA, en los años 2010-2012



Justificación del estudio

La enfermedad del VIH se ha convertido en la última pandemia del siglo XX, y los profesionales de Enfermería desempeñan un papel importante, por la atención que pueden prestar a las personas afectadas por la enfermedad y por la responsabilidad que tienen a la hora de dar información para reducir las conductas de riesgo y evitar cualquier tipo de marginación en las mujeres que viven con el VIH⁶.

Aspectos importantes como la adecuada administración de los medicamentos ARV, y la advertencia sobre los efectos secundarios de los mismos y dieta adecuada, tienen que ver con el trabajo de Enfermería. También lo es el desarrollo de procesos educativos y orientativos, puesto que hay aspectos clínicos en los cuales las mujeres deben ser vistas desde su género, e información importante que a ellas les compete conocer⁶.

La adherencia o adhesión terapéutica (ADH) para los pacientes con VIH se puede definir, como la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral⁷.

Los factores relacionados con la adherencia incorrecta al TARGA son muchos pero aquellos que de una forma más contundente se han relacionado con ella son la ausencia de soporte social o familiar, idioma, uso activo de drogas, alcoholismo, afectación psiquiátrica, baja percepción de auto-eficacia, número de fármacos, frecuencia de dosificación, duración del tratamiento y efectos adversos⁷.

Objetivos

Este proyecto se intenta dar respuesta a los siguientes objetivos:

Objetivo General

Describir las mujeres con VIH/Sida en tratamiento con TARGA desde la Farmacia Hospitalaria del Hospital Rafael Méndez, perteneciente al Área III de Salud, de la Región de Murcia.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres con TARGA que acuden a la Farmacia Hospitalaria.
- Conocer el grado de ADH manifestada por las mujeres con TARGA.

Revisión Bibliográfica

Diversos autores hablan de la existencia de factores variados, que intervienen de forma directa en la ADH. El conocimiento de estos factores hace posible el diseño de estrategias de intervención que mejoren la ADH a los TARGA desde una aproximación multidisciplinar⁸.

La *estigmatización* de la enfermedad los traumas⁹, el estrés¹⁰ y la falta de apoyo social¹¹ han demostrado tener un impacto negativo en la ADH, así como el consumo de alcohol, sobre todo en mujeres¹².

En *mujeres* tratadas con antirretrovirales, se ha demostrado que hay una menor aceptación del tratamiento antirretroviral (ARV), una mayor incidencia de interrupción del mismo¹³ y un rebote viral después de la supresión viral mayor que en los hombres¹³. Además, las mujeres son más propensas que los hombres a ser excluidas por la dificultad que supone hacerles un seguimiento médico una vez que abandonan el tratamiento ARV. Todo ello las hace más vulnerables y potencialmente menos adherentes a los TARGA que los hombres¹⁴.

Uno de ellos es el estudio donde se produjo una adherencia significativamente menor entre los hombres en relación a las mujeres, se llevó a cabo en España y se utilizó un corte de ADH del 80%¹⁵.

En las mujeres, las tasas más altas de adherencia fueron encontradas en los estudios realizados en África, Asia, y América del Sur, cuando la muestra incluía más viudas o cuando la muestra tenía un recuento CD4 basal inferior¹⁶.

A pesar de la creciente prevalencia de las mujeres infectadas con el VIH, su participación en estudios sobre los TARGA es proporcionalmente menor en comparación con los hombres. Esta disparidad se ha traducido en la potencialmente inapropiada extrapolación de los resultados obtenidos para los hombres a las mujeres¹⁷.

Los *efectos secundarios* de los TARGA y el consumo de alcohol se asocian con la falta de ADH, sobre todo en mujeres¹².

La media de *edad* de las personas adultas infectadas con el VIH/ Sida en el mundo se sitúa entre los 15- 49 años¹⁸. Esto arroja el dato, de que la mayor parte las mujeres infectadas están en edad reproductiva, por lo que es obvio hablar también de las mujeres embarazadas. La repercusión de una buena ADH a los TARGA entre las mujeres no sólo ha mejorado la calidad de vida y la longevidad de las mismas, sino que además ha tenido un impacto significativo en la transmisión de la infección por VIH de madre a hijo(a)¹⁹.

El *parto vaginal* aporta un 60-70% de la transmisión vertical y la lactancia materna contribuye en la transmisión de la infección en un 20-30%, mientras que la infección en el útero de la madre puede ocurrir en menos de un 10% de los casos²⁰.

Por el contrario una NO-ADH a los TARGA durante el embarazo puede

conducir a una supresión viral sub-óptima, el desarrollo de resistencia viral y mayor riesgo de transmisión de madre a hijo(a) de cepas resistentes de VIH no sensibles a los TARGA, creando con ello un problema de salud pública¹³.

En las mujeres infectadas con el VIH, embarazadas, las náuseas y los vómitos se suman a los efectos secundarios y adversos de los fármacos ARV²¹. A esto hay que añadir el olvido en un 57'6%, el exceso de trabajo en un 39'4% y el miedo a ser identificadas como infectadas por el VIH en un 63'6%, que suelen ser las causas para el abandono del tratamiento. Es interesante resaltar que la motivación más grande que tienen las mujeres embarazadas para mantener la ADH en un 57'6% es asegurar la protección del feto de la infección por el VIH, la vida, y poder ver sus hijos crecer en un 21'2%¹⁹.

Para otras mujeres infectadas, se añade el dolor inminente de la *muerte*²². En países menos desarrollados, las mujeres viven en desigualdad de género, con inseguridad económica, violencia doméstica, y a todo ello se añade la dificultad para acceder a la atención sanitaria, vencer las barreras de las distancias, la disponibilidad limitada de los ARV de última generación y las limitaciones económicas²³.

Algunos motivos a tener en cuenta en mujeres seropositivas en países desarrollados para una escasa ADH, es que estas suelen ser desproporcionalmente más pobres, minorías raciales, que viven en comunidades con alta prevalencia de consumo de drogas, y sintomatología depresiva²⁴. La ausencia de apoyo socio-familiar, es un predictor negativo de ADH a los TARGA²⁵.

Cuestiones como la privacidad a la hora de tomar los ARV pueden ser indicativo de estigma percibido, que también interfieren la ADH a TARGA²⁶. Los pacientes hacen hincapié en la necesidad de tener conversaciones abiertas y privacidad con los profesionales de la salud²⁴. Sherr, L.et al no parecen encontrar diferencia estadística respecto a la ADH entre hombres y mujeres²⁷.

Metodología

Diseño y estructura

Estudio descriptivo, basado en el registro de dispensación de ARV de la Farmacia Hospitalaria, con el fin de obtener información a partir de un grupo muestral en el que se pretende observar la adherencia a los TARGA. Posteriormente, se describirá el grado de ADH y se analizarán los factores identificados que interfieren la ADH a los TARGA.

Población y muestra

La población estudiada son mujeres, infectadas con el VIH/Sida que reciben asistencia médica y farmacéutica en el Hospital Rafael Méndez de Lorca, perteneciente al Área III de Salud de la Región de Murcia.

El tamaño de la muestra se establecerá de acuerdo al periodo de recolección de datos, es decir, todas las pacientes que acudieron a la Farmacia Hospitalaria y a las consultas externas de Medicina Interna entre abril y mayo de 2013.

Los *criterios de inclusión* de las participantes en el estudio son:

- Ser mujer, en un rango de edad comprendido entre los 18-65 años.
- Tener un diagnóstico médico de infección por VIH/Sida.
- Realizar las revisiones médicas en el Hospital Rafael Méndez.
- Inicio del tratamiento ARV entre los años 2010 a 2012.
- Tiempo en tratamiento con ARV: mínimo 3 meses.
- Tratamiento farmacológico con antirretrovirales de gran actividad.
- Dispensación del TARGA desde la Farmacia del Hospital estudiado.
- No estar embarazada.
- No estar ingresada en el periodo del estudio.

El reclutamiento de las participantes de la muestra, se realizará cuando las mujeres en tratamiento con ARV acudan a recoger la medicación a la Farmacia hospitalaria (FH) o bien cuando pasen su revisión en la consulta médica. Con ello, se permite que en la muestra estén representadas todas las mujeres más adherentes y las menos adherentes así como poder valorar el estado cognitivo de las mismas.

Ámbito del estudio

El Área de Salud III (Lorca) se localiza en el sur/suroeste de la Región de Murcia, prestando sus servicios a los habitantes de los municipios de Águilas, Aledo, Lorca, Puerto Lumbreras y Totana. Abarca una extensión de 2413,1 km². La población cubierta a 16 de Abril de 2013 según los datos de Tarjeta Sanitaria es de 166.111.

Se incluyen las siguientes instalaciones:

- 1 Hospital: Hospital Rafael Méndez con 283 camas.
- 8 Centros de Salud: Águilas Sur, Lorca Sur, Lorca Centro, Puerto Lumbreras, Lorca San Diego, Totana, Lorca La Paca y Águilas Norte.

- 28 consultorios periféricos: Los Arejos (C.S. Águilas Sur); Campillo y La Torrecilla (C.S. Lorca Sur); Purias, La Escucha, Puente la Pía, Cazalla, Aguaderas, Campo López, Morata y Ramonete (C.S. Lorca Centro); Almendricos, La Campana y El Esparragal (C.S. Puerto Lumbreras); La Hoya, Tercia, Marchena, El Consejero y La Parroquia (C.S. Lorca San Diego); El Pareton y Aledo (C.S. Totana); Las Terreras, Zarzadilla de Totana, Coy, Avilés, Doña Inés, Zarzilla de Ramos (C.S. Lorca La Paca); Calabardina (C.S. Águilas Norte).
- 2 Centros de Especialidades Médicas: Santa Rosa de Lima y Casa del Mar (Águilas).

Variables del estudio

La recogida de datos incluye las siguientes variables:

- Características sociodemográficas de las mujeres con TARGA.
- Grado de ADH manifestada por las mujeres con TARGA.
- Factores que influyen en la no ADH en las mujeres con TARGA.
- Grado de ADH según el registro de dispensación de ARV de la Farmacia Hospitalaria.

Instrumentos

Para la recogida de los datos se van a utilizar varios instrumentos, el primero de ellos de elaboración propia para recoger las características socio-demográficas.

Por otro lado se aplicará el cuestionario sobre adherencia SMAQ, un cuestionario validado, el registro de dispensaciones de fármacos ARV de los años 2010-2012, de los cuales se tendrán en cuenta, los referidos al año 2012 por ser los más recientes, y otra encuesta sobre los factores que influyen en la ADH así como la consulta de los informes médicos de las pacientes.

Procedimiento para la recopilación de datos

Para el desarrollo de esta investigación se solicitará al Comité de Ética e Investigación (CEI) del Hospital Rafael Méndez, autorización a través de su Gerencia, para realizar la recopilación de datos en las fechas y condiciones que se describen en la redacción del proyecto de investigación presentado a dicha comisión.

Dos servicios del hospital estarán implicados en el proyecto: la Farmacia Hospitalaria, donde las pacientes diagnosticadas de VIH/Sida recogen mensualmente su medicación ARV y las Consultas Externas, concretamente la de Medicina Interna.

En la Farmacia se reclutarán directamente a las mujeres que acuden a recoger su medicación ARV y que acepten voluntariamente participar en el estudio. Estas mujeres serán informadas sobre el mismo y firmarán el consentimiento informado debidamente cumplimentado.

Obtención de consentimiento informado

Este trabajo constituye un estudio de bajo riesgo para las mujeres que sean encuestadas, no implicando en ningún momento la manipulación psicológica, emocional o social. Los datos serán confidenciales, y recibirán el trato y garantías que establece la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre, sobre protección de datos personales.

Las encuestas: Características sociodemográficas y Factores relacionados con la ADH así como el cuestionario SMAQ tienen un formato donde no aparece la opción de poner el nombre, apellidos o DNI, de manera que se mantiene en todo momento el anonimato de los datos.

Los registros de dispensaciones de ARV, una vez extraídos los datos, también serán destruidos, siendo lo relevante de los mismos reflejado en el trabajo.




Análisis de datos

Para los datos cuantitativos se realizará un análisis descriptivo, aportando las medias, y desviaciones estándar, para las variables continuas más relevantes y la distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Los datos se introdujeron en una base de datos y el análisis se efectuó con el paquete estadístico SPSS para Windows versión 19.0. Todos los resultados se considerarán significativos estadísticamente para $p < 0,05$.

Resultados esperados

Con la investigación diseñada se pretenden obtener los datos que una vez analizados permitan a la investigadora:

- Identificar los factores socioeconómicos de las mujeres estudiadas y establecer su relación con la adherencia al TARGA.

- 
- 
- 
- Determinar si existe algún tipo de relación entre el apoyo familiar y social con el grado de adherencia terapéutica de la muestra analizada.
 - Establecer estrategias que favorezcan el abordaje de los factores que intervienen en la adherencia al tratamiento.



Bibliografía

1. OMS. Preguntas y respuestas sobre el sida, 2013, Consultado: 3- 5- 2013. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/71/es/>
2. Informe ONUSIDA 2012, Mundial. Consultado el 19- 11- 2012. Disponible en:http://www.elmundo.es/elmundosalud/documentos2012/11/est_mundo_2012.html
3. Informe ONUSIDA 2012, España. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/spain/>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre el Sida Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III). Madrid, diciembre 2008.
5. Consejería de Sanidad y Política Social. Dirección General de Salud Pública. Vigilancia Epidemiológica del VIH en la Región de Murcia. Informe 1/2012.
6. La Faurie, M.; Zúñiga, M. Mujeres colombianas viviendo con el VIH/Sida: Contextos, experiencias y necesidades de cuidados de Enfermería, *Enfermería Global* 2011; 24: 317- 327.
7. Knobel Freud, H.; Polo Rodríguez, R.; Escobar Rodríguez, I.; Casado, JL.; Codina, C.; Hernández, J. et al. Recomendaciones GESIDA/S.E.F.H, para mejorar la adherencia al TRV. Junio 2008, p.4-5.
8. Ventura Cerda, JM.; Mínguez Gallego, C.; Fernández Villalba, EM.; Sánchez- Almiñana, M.; S. Soler, JA. Escala simplificada para detectar problemas de adherencia (ESPA) al tratamiento Antirretroviral. *Farm. Hosp.* 2006; 30: 171-176.
9. Sledjeski, EM.; Delahanty, DL.; Bogart, LM. Incidence and impact of post-traumatic stress disorder and comorbid depression on adherence to HAART and CD4+ counts in people living with HIV. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19:728- 26.
10. Leserman, J.; Ironson,G.; O' Cleirigh, C. et al. Stressful life events and adherence to HIV. *AIDS Patient Care STDS* 2008; 22: 403- 11.
11. Roux, P.; Carrieri, MP.; Cohen, J. et al. Retention in opioid substitution treatment: a major predictor of long-term virological success for HIV- infected injection drug users receiving antiretroviral treatment. *Clin Infect Dis.* 2009; 49: 1433-40.
12. Applebaum, AJ.; Richardson, MA.; Bray,SM. et al. Gender and other

- psychosocial factors as predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in adults with comorbid HIV/AIDS, psychiatric and substance-related disorder. *AIDS Behav.* 2009; 13: 60- 5.
13. Carmody, ER.; Díaz, T.; Starling, P. et al. An evaluation of antiretroviral HIV/AIDS treatment in a Río de Janeiro public clinic. *Trop Med Health.* 2003; 8: 378- 85.
 14. Carrieri, MP.; Raffi, F.; Lewden, C. et al. Impact of early versus late adherence to highly active antiretroviral therapy on immune-virological responses: a 3- year follow-up study. *Antivir Ther.* 2003; 8: 585- 94.
 15. Barfod, TS.; Gerstoft, J.; Rodkjaer, L. et al. Patients answers to simple questions about treatment satisfaction and adherence and depression are associated with failure of HAART: a cross- sectional survey. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19:317- 25.
 16. Roca, B.; Gómez, CJ.; Amedo, A. A randomized comparative study of lamivudine plus stavudine, With indinavir or nelfinavir in treatment- experienced HIV-I infected patients. *AIDS. Care.* 2000; 14: 157- 61.
 17. Simoni, JM.; Pantalone, DW.; Plummer, MD.; Huang, B. A randomized controlled trial of a peer support intervention targeting antiretroviral medication adherence and depressive symptomatology in HIV- positive men and women. *Healt Psychol.* 2007; 26: 488-95.
 18. Informe ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida/ 2012 ONUSIDA, IJC 24175.
 19. CU.; Onwujekwe, DI.; Tayo, F.; Ezechi Ando, C. Pattern and Determinants of Antiretroviral Drug Adherence among Nigerian Prenant Women. Hindawi Publishing Corporation. *Journal of Pregnancy.* 2012; Art.ID851810, 6 p.
 20. Felix, G.; Ceolim, F. Perfil de las mujeres que viven con VIH/SIDA y su adherencia a la terapia antirretroviral. *Rev Esc Enfer USP* 2012; 46(4): 882- 9 Disponible en www.ee.usp.br/reeusp/.
 21. Nyamati, A.; Hason, AY.; Salem, BE.; Sinha, S.; Ganguly, KK.; Leake, B.; Yadan, K.; Marfisee, M. *Nursing Research* 2012; 61(4): 353-362.
 22. Matejwa Kamau, T.; Olson, PT.; Pinto Zipp, G.; Clark, MA. Coping Self-Efficacy as a Predictor of Adherence to Antiretroviral Therapy in Men and Women living with in Kenya. *AIDS. PATIENT CARE and STDs* 2001; 25(9): 557- 561.
 23. Badahdah Abdallad, M.; Pedersen Daphne, E. "I WANT TO STAND ON

- MY OWNLEGS": a qualitative study of antiretroviral therapy adherence among HIV- positive womwn in Egipt. *AIDS Care*. June 2011; 23 (6): 700-704.
24. Knowlton Amy, R.; Yang Cui; Bohret, A.; Wissow, L.; Chande, G.; Arnten, JA. Main partner factors associated with worse adherence to HAART among women in Baltimore, Maryland: a preliminary study. *AIDS Care* 2011; 23 (9): 1102-1110.
 25. Puigventos, F.; Riera, M.; Delibes, C.; Peñaranda, M.; De la Fuente, L.; Boronat, A. Estudios de Adherencia a los fármacos antirretrovirales. Una revisión sistemática. *Med Clin 8Barc*. 2002 jun29; 119 (4): 130-137.
 26. Ortego, C.; Huedo-Medina, TB.; Santos, P.; Rodríguez, E.; Sevilla, L.; Warren, M.; Llorca, I. Sex differences in adherence to highly active antiretroviral therapy: a meta-analysis. *AIDS Care Psychological and socio- medical Aspect of AIDS/HIV*. 2012; 24(12): 1519- 1534.
 27. Sherr, L.; Lampe, FC.; Clucas, C. et al. Self-reported non- adherence to ART and virological outcome in a multiclinic UK study. *AIDS Care*. 2010; 22: 939- 45.
 28. Arrondo Velasco, A; Sainz Suberviola, ML; Andrés Esteban, EM; Iruin Sanz, A.I; Napal Lecumben, V. Factores relacionados con la adherencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Farm. Hosp*.2009; 33(01): 4: 1.

ANEXO 1

Características sociodemográficas

Instrucciones: Para cumplimentar este cuestionario, haga un círculo en la opción elegida para aquellas preguntas que tienen varias respuestas. Escriba la respuesta particular en aquellas preguntas de una sola respuesta.

1. ORIENTACIÓN SEXUAL:

1. Heterosexual
2. Homosexual
3. Bisexual

2. EDAD:

3. LUGAR DE RESIDENCIA:

4. NACIONALIDAD:

1. Española
2. Otra:

5. ESTADO CIVIL

1. Soltera
2. Casada
3. Viuda
4. Divorciada
5. Pareja

6. N° DE HIJOS:

7. NIVEL DE ESTUDIOS. (Completo)

1. Sin estudios

2. Estudios primarios

3. Estudios secundarios

4. Bachiller

5. Estudios Formación Profesional

6. Estudios Universitarios

8. PROFESIÓN/Ocupación:

1. SI

2. NO

9. SITUACIÓN LABORAL:

1. En activo

2. En paro

3. Pensionista

10. RECURSOS ECONÓMICOS

PROPIOS:

1. Menos de 500 €

2. 500 € - 600 €

3. 600 € - 700€

4. más de 700 €

ANEXO 2

Factores relacionados con la ADH

I) CARACTERÍSTICAS:

1. Apoyo Socio-familiar ante la enfermedad:

1. SI 2. NO

2. Consumo de drogas:

1. SI 2. NO

3. Consumo alto de alcohol

1. SI 2. NO

II) ACTITUDES:

4. Vía de transmisión de la enfermedad:

1. Vertical, 2. Sanguínea, 3. TS.

5. Enfermedades consecuencia de la infección por VIH:

1. SI 2. NO

6. Sentimiento en relación a la enfermedad.

7. Desconfianza sobre los TARGA:

1. SI 2. NO

8. Acepta tomar la medicación ARV:

1. SI 2. NO

9. Pesimismo u optimismo ante la evolución de la enfermedad:

1. SI 2. NO

10. Sensación de que el tratamiento es efectivo:

1. SI 2. NO

11. Satisfacción con la asistencia Sanitaria:

1. SI 2. NO

III) TRATAMIENTO ARV:

12- Tratamiento antirretroviral actual/
Nº de fármacos actuales.

1. 1

2. 2

3. 3

4. 4

13. Años de tratamiento con ARV:

14. Frecuencia de dosificación:

1. C/24h,

2. C/12h,

3. C/12h + C/24h,

15. Cambios en la alimentación al tomar el tratamiento ARV:

1. SI 2. NO

16. Efectos adversos:

1. SI 2. NO

17. Modifica el estilo de vida:

1. SI 2. NO

18. Tratamiento antirretroviral actual:

Fecha:.....

ANEXO 4

Declaración de consentimiento informado

D./Dña. de años de edad y con DNI nº

Manifiesta que ha sido informado(a) de que mis datos personales serán protegidos e incluidos que deberá estar sometido a y con las garantías de la Ley 15/ 1999 de 13 de diciembre.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta información sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Lorca, a de de 201...

Fdo. D/Dña.

9.2. Solicitud de autorización para la recolección de datos para el estudio.

9.3. Conformidad de la Dirección del Hospital Rafael Méndez para la realización del proyecto de investigación.