

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
ESCUELA DE POSTGRADO



**“FACTORES SOCIOCULTURALES, ECONÓMICOS
E INSTITUCIONALES ASOCIADOS AL ABANDONO A LOS
SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VIH
POSITIVAS EN LA REGIÓN LA LIBERTAD”**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA
EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**

Autora:

Bach. Ana María Quiñones Vásquez

Asesor:

Dr. José Alva Ibarburo

Trujillo, Perú

2018

DEDICATORIA

A DIOS

*Por su inmenso amor, gracia y sabiduría,
ser quien guía mi vida y me fortalece para
lograr mis propósitos en armonía con el prójimo.*

A MIS QUERIDOS PADRES:

CARLOS y EMMA

*Por ser mi inspiración constante, ejemplo de
amor, bondad y perseverancia a seguir. Por
los valores, tenacidad y trabajo que
desarrollaron en mí para mi superación
personal y profesional.*

A MIS

HERMANOS y SOBRINOS

*Por estar presentes en todo momento de mi
vida, por su amor, confianza y motivación
para dar lo mejor de mí y ser mi fortaleza
para continuar bregando por el camino del
bien con alegría.*

AGRADECIMIENTO

Al Dr. José Alva Ibarburo y al Profesor Jorge Neciosup, por su importante apoyo para la realización del presente trabajo de investigación.

A la Dra. Regina Sánchez y Obst. Guadalupe García por su valiosa amistad e invaluable apoyo para iniciar y culminar el presente estudio.

A mi alma mater UPAO por las oportunidades brindadas para mi superación y desarrollo profesional.

RESUMEN

El propósito del presente estudio fue determinar la relación existente entre los factores socioculturales, económicos e institucionales con el abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante los años 2012-2014, único Centro de Referencia Regional para la Atención Integral, que incluye tratamiento anti retroviral de personas VIH Positivas. La población muestral fue de 122 personas que conocieron su diagnóstico de VIH y cumplieron los criterios de inclusión. Se trata de un estudio de tipo analítico, de corte transversal y de asociación (relacional). La información fue obtenida a través de entrevistas personalizadas y la aplicación de un cuestionario previamente validado, utilizando para su procesamiento y correspondiente análisis el programa estadístico SPSS versión 22. Para determinar la asociación de las variables identificadas para cada uno de los factores socioculturales, económicos e institucionales se aplicaron las pruebas de Chi-Cuadrado (χ^2), con un nivel de confianza (IC) del 95%, correspondiendo el valor de $p < 0.05$ a un nivel de asociación significativa y $p < 0.01$ a un nivel de asociación altamente significativa; y la prueba de regresión logística correspondiendo un odds ratio (OR) > 1 , cuando la asociación es positiva. Del análisis de los resultados obtenidos, se encontró que para los factores socioculturales el “estado conyugal” presentó asociación muy significativa ($p < 0.01$) con el abandono a los servicios de atención integral a personas VIH positivas, y del análisis de frecuencia se observó que la categoría “soltero” representa el 76.7%, menos de la mitad (46.5%) son población heterosexual y más del 40% cuenta con estudios superiores, manifestando el 53.5% que consumió alguna sustancia, principalmente el alcohol. Entre los factores económicos, el “trabajo” mostró nivel de significancia alto ($p < 0.01$) y la categoría con mayor frecuencia relacionada al abandono es “no tener trabajo” con un 53.5%. Entre los factores institucionales que presentaron asociación significativa alta al abandono fueron “información brindada” y “tiempo de diagnóstico” con un $p < 0.01$. Se concluye luego de aplicar el análisis multivariado con regresión logística que de los factores socioculturales, económicos e institucionales asociados al abandono a los servicios de atención integral de Personas VIH positivas, constituyen factores de riesgo: ser soltero, no tener trabajo, recibir información confusa y tener un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 2 a 3 años, presentando todas las categorías un OR mayor de 3, correspondiente a un nivel de significancia alto, $p < 0.001$, reflejando este grupo 3 veces a más la posibilidad de abandono. Por otro lado, los factores que fueron significativamente protectores sobre el no abandono (continuidad) fueron: estado conyugal casado, tener trabajo independiente, recibir información clara y tiempo de diagnóstico y tratamiento de 1 a 2 años. Se propone implementar estrategias de intervención orientadas a mejorar el acceso a la atención integral y al tratamiento antirretroviral (TARGA) en forma más oportuna para mitigar la no progresión a SIDA.

ABSTRACT

The epidemic of the Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV / AIDS) continues to be one of the main public health problems worldwide despite the advances and good results that access to antiretroviral treatment has generated. In this context, the purpose of this study was to determine the relationship between sociocultural, economic and institutional factors with the abandonment of comprehensive care services for HIV positive people served at the Regional Teaching Hospital of Trujillo during the years 2012-2014, only Regional Reference Center for Comprehensive Care, which includes anti-retroviral treatment of HIV positive people. The sample population was 122 people who knew their HIV diagnosis and met the inclusion criteria. It is an analytical, cross-sectional and associative (relational) study. The information was obtained through personalized interviews and the application of a previously validated questionnaire, using the statistical program SPSS version 21 for its processing and corresponding analysis. To determine the association of the variables identified for each of the sociocultural, economic and institutional factors, χ^2 tests were applied with a confidence level (CI) of 95%, considering a value $p < 0.05$ significant, and $p < 0.01$ at a highly significant level of association.

From the analysis of the results obtained, it was found that for sociocultural factors, the "marital status" presented a very significant association ($p < 0.01$) with the abandonment of comprehensive care services for HIV positive people, and from the frequency analysis it was observed that the "single" category represents 76.7%, less than half (46.5%) are heterosexual and more than 40% have higher education, with 53.5% of them having consumed some substance, mainly alcohol. Among the economic factors, "work" showed a high level of significance ($p < 0.01$) and the category with the highest frequency related to abandonment is "not having a job" with 53.5%. Among the institutional factors that presented high significant association with abandonment were "information provided" and "diagnosis time" with $p < 0.01$. It is concluded after applying the multivariate analysis with logistic regression that of the sociocultural, economic and institutional factors associated with the abandonment of comprehensive care services for HIV-positive people, constitute risk factors: being single, not having a job, receiving confusing information and have a diagnosis time of the disease of 2 to 3 years, with all categories presenting an OR greater than 3, corresponding to a high level of significance, $p < 0.001$, this group reflecting 3 times more the possibility of abandonment. On the other hand, the factors that were significantly protective of non-abandonment (continuity) were: married marital status, having independent work, receiving clear information and time of diagnosis and treatment of 1 to 2 years. It is proposed to implement intervention strategies aimed at improving access to comprehensive care and antiretroviral treatment (HAART) in a more timely manner to mitigate non-progression to AIDS.

Keywords: Associated factors, Abandonment, antiretroviral therapy.

INDICE DE CONTENIDO

Contenidos	Página
I. INTRODUCCIÓN	08
ANTECEDENTES	13
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
HIPÓTESIS	19
II. MATERIAL Y METODOS	20
2.1 MATERIAL:	
2.1.1 POBLACIÓN	20
2.1.2 MUESTRA	20
2.1.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	21
2.2 MÉTODO:	
2.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	21
2.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	21
2.2.3 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN	21
2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
2.4 VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	26
2.5 MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS	27
2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
III. RESULTADOS	28
IV. DISCUSIÓN	33
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
VIII. ANEXOS	43

INDICE DE CUADROS

Descripción	Página
Tabla N° 01: Factores socioculturales y abandono a los servicios de atención integral a personas VIH positivas. HRDT, La Libertad 2014	28
Tabla N° 02: Factores económicos y abandono a los servicios de atención integral a personas VIH positivas. HRDT, La Libertad 2014	29
Tabla N° 03: Factores institucionales y abandono a los servicios de atención integral a personas VIH positivas. HRDT, La Libertad 2014	30
Tabla N° 04: Factores socioculturales, económicos e Institucionales, asociados al abandono a los servicios de atención integral a personas VIH positivas. HRDT, La Libertad 2014	31
Tabla N° 05: Análisis multivariado de variables independientes asociados al abandono a los servicios de atención integral a personas VIH positivas. HRDT, La Libertad 2014	32

I. INTRODUCCION

La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial a pesar de los avances y buenos resultados que el acceso al tratamiento antirretroviral ha generado hasta la actualidad.

El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual, causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que afecta a las células del sistema inmunitario y destruye su funcionamiento, provocando su deterioro progresivo que deriva en inmunodeficiencia y en consecuencia escasa capacidad del organismo para combatir las enfermedades^{1,2,3}, siendo considerado un problema de gran magnitud porque desde que apareció el primer caso en Estados Unidos, en el año 1981, la enfermedad se ha propagado catastróficamente a todos los países, siendo variable entre países y regiones según sus niveles de ingresos⁴.

Según estimaciones del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), en el 2014, 36.9 millones de personas en el mundo vivían con el VIH, de ellos 2,7 correspondían a niños y 15.8 millones se encontraban en tratamiento (40%). Asimismo, se reportaron 2 millones de casos nuevos de VIH y 1.2 millones de muertes relacionadas con el SIDA, destacando que en las tres últimas décadas este problema ha cobrado más de 25 millones de vidas, encontrándose entre los grupos más desfavorecidos los adultos jóvenes⁵. Otro informe del mismo año de la Organización Mundial de la Salud (OMS), revela que en sólo 15 países se concentra el 75 % de los 2 millones de nuevas infecciones por el VIH y en tres países de África subsahariana se concentra la carga de la epidemia: Nigeria, Sudáfrica y Uganda suman el 48 % de todas las infecciones nuevas⁶.

A nivel mundial, según el Informe de OMS se calcula que la prevalencia del VIH es 28 veces mayor entre los usuarios de drogas inyectables, 49 veces mayor en las mujeres transgénero, 12 veces mayor entre los trabajadores del sexo, que en el resto de la población adulta. En África subsahariana, una de cada cuatro infecciones se produce en mujeres adolescentes y jóvenes^{5, 6}.

En el Perú, la epidemia está presente en todas las regiones, afectando principalmente a la población más joven y con mayor riesgo de exposición como son los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales y la población transexual. Según la Dirección General de Epidemiología (DGE), desde el año 1983 en que se reportó el primer caso de SIDA en el país, hasta diciembre del 2015, se ha registrado 62,266 casos de VIH y 34,518 casos de SIDA, correspondiendo a la vía sexual el 97% de transmisión. Asimismo, Lima y Callao son las regiones que reportan el mayor número de casos (70%), seguido de Loreto y Arequipa, ubicando a la región La Libertad en el 6to lugar con un registro de 2,265 casos de VIH y 811 casos de SIDA^{7,8}. Estas cifras califican a la epidemia en el país como una epidemia concentrada, ya que la prevalencia en la población general no supera el 1%^{9,10}.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de La Libertad muestra que del total de casos de VIH registrados en el periodo 2003-2015, el 78.4% procede de la provincia de Trujillo, el 7.2% de Ascope y el 6.3% de Pacasmayo. Similar proporción reflejan los casos de SIDA: 66.8% procede de la provincia de Trujillo, el 9.1% de Ascope y el 5.6% de Pacasmayo, manteniéndose como una enfermedad urbana, con más del 80% de los casos. Asimismo, la razón hombre / mujer para el 2015 es de 3 varones por cada mujer, lo que acentúa la probabilidad asociada al incremento de la transmisión por vía heterosexual. La distribución de la epidemia también se mantiene activa en la población joven y adulta joven (20 a 44 años) en edad productiva con el 44% del total¹¹.

Los registros de los servicios de atención integral a personas VIH positivas del Hospital Regional Docente de Trujillo, ÚNICO Centro de Referencia Regional hasta el año 2015 en funcionamiento desde el año 2005, indican que al año 2014 se han atendido 1,595 pacientes y sólo el 64.3% (1,026) iniciaron Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) alguna vez, encontrándose sólo el 75.4% (804) de ellos en tratamiento, evidenciando un posible abandono del 24.6% ¹².

Como es evidente, la investigación epidemiológica ha aportado importantes contribuciones al reconocimiento de la magnitud de la infección del VIH, sin embargo, poco o nada nos dice de los factores sociales, económicos, culturales e institucionales que influyen en el abandono “a los servicios de atención integral” de las personas VIH positivas, por lo que para efectos de describir y analizar las variables del presente estudio, se tiene a bien considerar los términos “abandono a los servicios”, “abandono al tratamiento” o “no adherencia al tratamiento” como referente de análisis y comparación de los resultados obtenidos.

El “abandono” a las consultas es un hecho frecuente en las instituciones de salud. Los estudios realizados en diversos países mencionan cifras de abandono de la consulta entre el 20% y 50% ^{13,14}. El término abandono a las consultas fue conceptualizado por Gavino y Godoy en 1993, como “la interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos”¹⁵. Otros autores definen a la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH como “la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TARGA, que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral y recuperación inmunológica”^{16,17}. Se ha demostrado también que la adherencia no es sólo un factor predictor de la eficacia terapéutica, sino también un factor predictor independiente de progresión a SIDA y muerte, por lo que mejorar el cumplimiento es vital para el éxito del tratamiento y para mejorar el pronóstico y calidad de vida de los afectados¹⁸.

Según el estudio realizado por Paterson, un 95% de adherencia al TARGA es el nivel mínimo de adherencia necesaria para mantener una supresión vírica suficiente para reducir las probabilidades de que los individuos transmitan el VIH a sus parejas sexuales ^{6,19}.

Es bien conocido que en el campo del tratamiento de la infección por VIH/SIDA han surgido importantes avances, lo que ha incrementado la supervivencia, la mejoría de la calidad de vida de las personas con la infección y ha disminuido significativamente las complicaciones asociadas²⁰. Con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) se ha reducido significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a la infección por VIH y al SIDA, sin embargo, los registros de ONUSIDA (2015) indican que aún 22 millones de personas no tienen acceso al tratamiento del VIH, entre ellos, 1.8 millones son niños⁵.

Rodríguez²¹, en su estudio de factores de riesgo influyentes en el adherencia al tratamiento antirretroviral y desarrollo de un modelo predictivo en pacientes VIH positivos realizado en Madrid, refiere que “factores como la complejidad de las pautas de tratamiento, la satisfacción con el tratamiento, la relación paciente-profesionales sanitarios, el consumo activo de drogas y/o alcohol, las enfermedades mentales, las características culturales y socioeconómicas, la falta de seguimiento y los efectos secundarios, y la edad, entre otros, influyen independiente y significativamente en la adherencia de los pacientes con VIH.

En este contexto, y teniendo en cuenta que la realidad sanitaria referida al VIH/SIDA es relevante por el impacto social y económico que conlleva, es importante relevar las ventajas de la adherencia terapéutica y la adherencia a los servicios de salud como estrategia de trabajo prioritaria, como una inversión que permitirá abordar de manera efectiva las enfermedades infecciosas y crónicas, entre otras.

La valoración del uso de recursos en salud de manera más eficiente, así como la medición de la eficacia de las intervenciones, implica incluir indicadores de gestión relacionados a la medición del abandono o deserción a los servicios y/o programas de tratamiento como elemento clave para evaluar la magnitud real de los programas y proyectos de prevención, promoción y atención en salud.

Las implicancias en el aspecto económico que trae consigo el abandono al tratamiento, son también aspectos relevantes a tener en cuenta. La pérdida económica por medicamentos no consumidos, el ausentismo laboral a causa de la enfermedad no controlada, la baja productividad en el trabajo y en consecuencia las pérdidas sensibles a la economía familiar, son entre otras, los efectos desfavorables en la economía mundial^{22, 23}. El informe de la OMS señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece en cálculos conservadores, al menos en el 20% los costos de la salud pública²⁴. Para el estado peruano el tratamiento antirretroviral representa un elevado costo, por ello se debe trabajar e invertir en estrategias de mayor costo efectividad como la promoción y prevención en las poblaciones de mayor vulnerabilidad al VIH.

Los resultados del presente estudio contribuirán a adoptar estrategias que acerquen a las personas VIH positivas a los servicios de salud, facilitando su acceso oportuno al control y seguimiento de la infección, así como al TARGA, a fin de mejorar su calidad de vida, evitar el deterioro de su sistema inmunológico y por consiguiente a elevar su esperanza de vida.

ANTECEDENTES

Una aproximación más para la comprensión de los factores relacionados al abandono a la atención integral y/o tratamientos prolongados, similares al VIH/SIDA, lo obtenemos de estudios referidos a casos de enfermedades crónicas o trasmisibles como la tuberculosis, hipertensión arterial y otros que también han sido considerados en el presentes estudio.

Como antecedentes internacionales precisamos los siguientes:

- Mairena Y. (2015), en su estudio de factores conductuales, sociales, familiares y actitudinales para el consumo de sustancias en los pacientes con VIH y SIDA atendidos en el Hospital HEODRA del Municipio de León, encontró que la mayoría de los pacientes tenían la edad de 25 a 34 años (55.1%), el 51,2% no trabajaban ni estudiaban, sin embargo, el 68,3% de ellos consumían sustancias. Los que más consumían fueron los de 45 a 49 años con el 100,0% y de 15 a 19 años con el 80,0%. El resultado de este estudio refiere que estos pacientes deben ser motivo de seguimiento para otorgarles las pautas necesarias de satisfacción de vida²⁵.
- Rodríguez P. (2015), realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y prospectivo en 211 personas VIH positivas que recibían TARGA en el Hospital Universitario de Getafe para identificar los factores que tuvieran influencia en la adherencia al TARGA y encontró de forma general, que los factores que influyeron negativamente y de forma significativa fueron: edad, transmisión del virus por usuarios de drogas por vía parenteral, consumo de alcohol, comorbilidad con el virus de la hepatitis C, años en tratamiento, número de comprimidos y de tomas diarias y el que los pacientes justificaran su mala adherencia con algún motivo, destacando entre ellos el olvido²¹.
- Cano A. (2013), realizó un estudio de tipo descriptivo, analítico en personas VIH positivas que recibían tratamiento antirretroviral en la Clínica de Enfermedades Infecciosas HEODRA de la ciudad de

Nicaragua, encontrando entre los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento, al uso de drogas, presencia de trastornos psiquiátricos, recaídas al tratamiento, abandono al mismo y cambio de domicilio²⁶.

- Gross, G. (2009). Desarrolló un estudio de tipo cuali cuantitativo en PVVS de La Paz para identificar los factores socioculturales que facilitan la transmisión del VIH, destacando entre otros aspectos que, el 98% de PVVS habían referido haber consumido alcohol y esto lo asociaban a su experiencia de haber contraído la enfermedad, también encontró que la pobreza fue una causa para que las mujeres inicien el trabajo sexual en más del 80% de las entrevistadas. Resalta que la discriminación es un factor social importante asociado al inadecuado sistema de salud en donde el personal de salud es un agente predominante de discriminación, atentando contra los derechos básicos del usuario²⁷.
- García J. et al. (2007), realizaron un estudio de tipo observacional, analítico, de cohorte y retrospectivo para investigar la relación entre la progresión a SIDA y algunas variables sociodemográficas y médico-terapéuticas seleccionadas, así como obtener los factores pronósticos de progresión clínica en seropositivos de la provincia Matanzas - Cuba. La muestra estuvo constituida por 134 seropositivos y durante el seguimiento 46 seropositivos progresaron a SIDA. El análisis multivariado por el modelo de riesgos proporcionales de Cox demostró peor pronóstico de progresión a SIDA debido al abuso de alcohol (RR = 2.816; 1.438-5.5159), anemia (RR = 2.027; 1.002-4.101), no uso de terapia antirretroviral (RR = 3.732; 1.882-7.398) y conteo medio anual de CD4 entre 201 y 350 células por milímetro cúbico de sangre (RR = 4.705; 2.218-9.983)²⁸.
- Sosa N. et al. (2005), en un estudio comparativo de casos y controles sobre el abandono al tratamiento de tuberculosis realizado en Nicaragua, compararon las características demográficas y socioeconómicas, hábitos personales y características de los servicios de salud de los que

abandonan y los que cumplen el tratamiento, identificando como factores de riesgo de abandono: pertenecer al sexo masculino, carecer de residencia fija o vivir en la calle, cambiar de domicilio durante el tratamiento, consumir bebidas alcohólicas, usar drogas ilícitas, enfrentar dificultades de acceso a los servicios de salud y tener una impresión negativa de la atención clínica recibida²⁹.

- Gallego C. et al. (2004), en su investigación de tipo observacional y prospectivo sobre los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral realizado en la prisión de Quatrè – Barcelona, reportaron que, entre las causas más resaltantes del abandono, se encontró: “el olvido” con el 52,6%, seguido de “la intolerancia a la medicación” con el 23,7%³⁰.
- Remor E. (2002), en su estudio “Valoración del tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivos” realizado en España, identificó que entre las variables que parecen asociarse con el grado de adhesión al tratamiento antirretroviral de los pacientes infectados por VIH destacarían los factores asociados con el propio tratamiento (complejidad, frecuencia de las dosis, efectos secundarios asociados, etc.) y, especialmente, los factores de índole psicosocial, tales como el apoyo social, la calidad de la relación con los profesionales sanitarios, el grado de información sobre el tratamiento, las percepciones de los pacientes con respecto al tratamiento o a sus propias habilidades para seguirlo (autoeficacia), y la presencia de trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad³¹.

Como antecedentes nacionales detallamos los siguientes:

- Orellana G. (2015), realizó un estudio observacional, transversal, analítico y descriptivo donde se evaluó a 123 personas VIH positivas para determinar los factores asociados y el grado de adherencia al TARGA en los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central PNP “Luis N. Sáenz”, encontrando que la edad promedio de

los todos los pacientes evaluados fue de 40.11 años, el tiempo de infección de los pacientes evaluados fue un promedio un año y 7 meses, el tiempo de tratamiento con el TARGA constó de un promedio de 20 meses y el género más prevalente de la muestra fue el masculino con el 63.4 %³².

- Bazán S, Chamamé L, Maguiña C. (2013), en su publicación realizada sobre adherencia al TARGA en 922 pacientes con diagnóstico de SIDA de Hospital Cayetano Heredia, identificó como factores de riesgo relevantes a: edad menor de 35 años, sexo femenino, bajo peso y recuento de linfocitos CD 4 superior a 350 cel/ml.³³
- Alvis O. et al. (2009), en su estudio “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-SIDA”, realizado en el Servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, encontraron que el 35,9% de los encuestados resultó ser no adherente. Los factores independientemente asociados a la no adherencia fueron: ser homosexual/bisexual (OR: 3,85, IC95% 1,98 a 7,51), tener una baja calidad de vida relacionada a la salud (OR: 6,22, IC95% 3,47 a 11,13), poco apoyo social (OR: 5,41, IC95% 3,17 a 9,22), no tener domicilio fijo (OR 3,34, IC95% 1,93 a 5,79), tener morbilidad psíquica (OR 2,93, IC95% 1,78 a 4,82) y tener mayor tiempo en tratamiento (OR 1,04, IC95% 1,02 a 1,07)²⁰.

Girón J et al. (2007) en su estudio “Percepciones de las Personas Viviendo con VIH/SIDA sobre los Servicios de Salud y el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad: Un Estudio Transversal en Cinco Ciudades del Perú”, en el 2007, aplicada a 578 PVVS en siete hospitales de las cinco ciudades, encontraron que: El 28,2% refirió que antes había sido atendido en otro establecimiento y los principales motivos para el cambio fueron por indicación médica (51,5%) y maltrato del personal de salud (8%). La mayoría (85,3%) recibió TARGA; de los que no recibieron, aproximadamente un tercio, tenía

indicaciones para el inicio del tratamiento y de los que no han recibido TARGA, y el 10 % refirieron no haber iniciado la terapia por desabastecimiento de anti retrovirales³⁴.

Culqui D. et al. (2005), en su estudio sobre los factores asociados al abandono al tratamiento antituberculoso convencional en el Perú, realizado en los años 2004-2006, contribuye a explicar el problema planteado, en él describen como posibles causas de abandono a: larga duración del tratamiento, alto número de pastillas, reacciones adversas a medicamentos y desinformación sobre la enfermedad y su tratamiento. A nivel bivariado, el abandono del tratamiento asoció al sexo masculino (OR=1,62; IC=1,07-2,44), al hecho de sentir malestar durante el tratamiento (OR=1,76; IC=1,19-2,62), al antecedente de abandono previo (OR=7,95; IC=4,76-13,27) y al consumo de drogas recreativas (OR=3,74; IC=1,25-11,14). Asimismo, si tenemos en cuenta la interacción antecedente del abandono previo y pobreza, el riesgo de abandono aumenta (OR=11,24; IC=4-31,62). Por el contrario, recibir buena información sobre la enfermedad (OR=0,25; IC=0,07-0,94) y poder acceder al sistema sanitario en los horarios ofertados (08.00-20.00h) (OR=0,52; IC=0,31-0,87) se asociaron a un mejor cumplimiento.³⁵

En relación a investigaciones desarrolladas a nivel local, hubieron algunas limitaciones, destacando a:

- Leiva P. (2016) en estudio realizado en Hospital Lazarte de Trujillo sobre Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de Gran Actividad en pacientes adultos con SIDA, encontró que la menor edad (21.4 años), el grado de instrucción primario (OR: 4.1), el mayor tiempo de enfermedad (>4años) y conducta sexual homosexual (OR 2,1), se encuentran asociados significativamente a la no adherencia al tratamiento³⁶.

El presente trabajo de investigación pretende identificar si existe asociación entre los factores socioculturales, económicos e institucionales con el abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas, con la finalidad de proveer a los decisores y personal operativo de los servicios de salud, de herramientas gerenciales, epidemiológicas y de intervención para la prevención y control de la enfermedad en el ámbito de la región La Libertad.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Los factores socioculturales, económicos e institucionales están asociados al abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas en la región La Libertad?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Objetivo General

- Determinar la asociación de los factores socioculturales, económicos e institucionales con el abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas en la región La Libertad.

Objetivos Específicos:

- Determinar la asociación de los factores socioculturales con el abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas en la región La Libertad.
- Determinar la asociación de los factores económicos con el abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas en la región La Libertad.
- Determinar la asociación de los factores institucionales con el abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas en la región La Libertad.

HIPÓTESIS (H₁):

Los factores socioculturales, económicos e institucionales están asociados al abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas en la región La Libertad.

HIPÓTESIS NULA (H₀):

Los factores socioculturales, económicos e institucionales no están asociados al abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas en la región La Libertad.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 MATERIAL:

2.1.1. Población

Está conformada por 708 personas que conocieron su diagnóstico de VIH en el periodo de enero 2012 a diciembre 2014 y que asistieron a los servicios de atención integral de personas VIH positivas del Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT), único Centro de Referencia Regional para el manejo de las personas VIH Positivas hasta el año 2015.

El total de población involucró dos sub poblaciones:

- a) Personas VIH positivas en tratamiento (TARGA=520)
- b) Personas VIH positivas en seguimiento (NO TARGA=188).

2.1.2 Muestra

Para determinar el tamaño de muestra se emplearon datos de un estudio piloto, empleándose la fórmula para estimación de frecuencias (Marco muestral conocido):

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Marco muestral	N =	708
Alfa (Máximo error tipo I)	$\alpha =$	0.050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2 =$	0.975
Valor tipificado de Z al 2.5% de error tipo I	$Z (1 - \alpha/2) =$	1.960
% de abandono	p =	0.250
Complemento de p	q =	0.750
Precisión	d =	0.070
Tamaño de la muestra calculado	n =	121.865
Tamaño de la muestra mínimo	n =	122

Se obtuvo un tamaño mínimo de 122 personas que conocieron su diagnóstico de VIH.

2.1.3 Unidad de análisis

Personas (hombres y mujeres) que conocieron su diagnóstico de VIH en el periodo de enero 2012 a diciembre 2014 y que asistieron a los servicios de atención integral de personas VIH positivas de HRDT y cumplieron los criterios de inclusión.

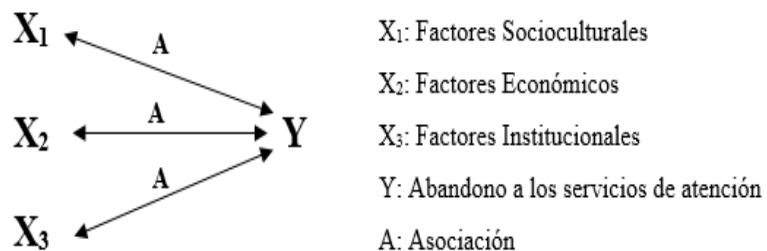
2.2 MÉTODOS:

2.2.1. Tipo de Estudio

El presente estudio es de tipo analítico, de corte transversal y de asociación (relacional).^{37, 38}

2.2.2. Diseño de la Investigación

- De acuerdo al alcance: EXPLICATIVO
- De acuerdo a la estrategia: OBSERVACIONAL
- De acuerdo a la técnica de contrastación: DE ASOCIACIÓN
- De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado: TRANSVERSAL



2.2.3 Variables y operacionalización de variables

2.2.3.1 Variables Independientes

a) Factores socioculturales

Hace referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. Los aspectos socioculturales tienen que ver con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma; tienen vinculación con conceptos como ideología, comunicación, etnicidad, clases sociales, estructuras de pensamiento, género, nacionalidad, medios de producción y muchos otros que sirven para comprender los elementos únicos de cada comunidad, sociedad y etnia²².

b) Factores económicos

Están relacionados a condiciones que afectan el poder de compra y el patrón de gastos de los consumidores.

c) Factores institucionales

Relacionado a condiciones que limitan el acercamiento y continuidad de las personas VIH positivas a los servicios brindados por la unidad de atención integral, entre ellos los aspectos logísticos, financieros, materiales, organizacionales y la calidad de atención^{22,37}.

2.2.3.2. Variable dependiente

Abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas.

Se define el abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas a la discontinuidad temporal a los servicios considerando su condición de encontrarse en tratamiento o no, es decir aquellas personas que se encuentran en seguimiento previo a recibir tratamiento anti retroviral.

Naturaleza: Cualitativa

Criterios de medición:

- *Abandono de personas VIH positivas en tratamiento:* Estado en que el paciente no concurrió a recibir antirretrovirales por más de 30 días consecutivos y/o no acudió a los servicios de atención integral en un periodo de 6 meses.

- *Abandono de personas VIH positivas en seguimiento:* Relacionado a la ausencia de 2 o más controles continuos a los servicios de atención integral en un periodo de 6 meses.

Es importante mencionar que los controles estuvieron definidos como las Personas VIH positivas que presentaron continuidad a los servicios de atención integral de personas VIH positivas y que no cumplen las definiciones de abandono.

2.2.4 Operacionalización de variables

Nº	VARIABLE	TIPO	ESCALA	MEDICIÓN	INDICADOR
Factores Socioculturales					
1	Orientación Sexual	Cualitativa	Nominal	Heterosexual Homosexual Bisexual	Número y porcentaje
2	Edad	Cualitativa	Ordinal	18 a 29 años 30 a 59 años	Número y porcentaje
3	Estado conyugal	Cualitativa	Nominal	Soltero / Separado / Viudo Casado / Conviviente	Número y porcentaje
4	Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	Hasta primaria Secundaria Superior	Número y porcentaje
5	Consumo de sustancias	Cualitativa	Nominal	Alcohol Drogas Ambas Ninguna	Número y porcentaje
6	Autopercepción de estigma y discriminación	Cualitativa	Nominal	Si No	Número y porcentaje
Factores Económicos					
8	Actualmente trabaja	Cualitativa	Nominal	Si No	Número y porcentaje
7	Tipo de trabajo	Cualitativa	Nominal	Independiente Dependiente estable Dependiente eventual	Número y porcentaje
8	Calificación SIS	Cualitativa	Nominal	Si No	Número y porcentaje
Factores Institucionales					
9	Tiempo de espera	Cualitativa	Ordinal	Hasta 1 hora De 1 a 2 horas De 3 horas a más	Número y porcentaje
10	Información brindada	Cualitativa	Nominal	Clara Confusa No me brindaron información	Número y porcentaje
11	Trato del personal de salud	Cualitativa	Nominal	Bueno Regular Malo	Número y porcentaje
12	Tiempo de diagnóstico de la enfermedad	Cualitativa	Ordinal	7 a 12 m 1 a 2 años 2 a 3 años	Número y porcentaje
INFORMACIÓN SOBRE ABANDONO O CONTINUIDAD					
13	Razones de la falta a las citas y/o controles	Cualitativa	Nominal	Falta de tiempo Hospital distante de su domicilio Otro: _____	Número y porcentaje
14	Razones de no acudir a recoger sus ARV	Cualitativa	Nominal	Olvido Ha mejorado su salud Hospital distante a su domicilio Otros: _____	Número y porcentaje
15	Razones de acudir siempre a sus citas y/o controles	Cualitativa	Nominal	No quiero enfermarme Necesito seguir bien Otros: _____	Número y porcentaje
16	Razones de siempre acudir a recoger sus ARV	Cualitativa	Nominal	Es la única forma de seguir viviendo Ha mejorado mi salud Necesito seguir bien Otros: _____	Número y porcentaje

Elaboración propia del autor

Criterios de inclusión

Todas las personas VIH positivas que acudieron a ser atendidas en los servicios de atención integral de personas VIH positivas, del Hospital Regional Docente de Trujillo que cumplieron los siguientes criterios:

- Hayan sido diagnosticados en los años 2012, 2013 y 2014.
- Al momento de la recolección de datos tengan más de 6 meses de conocer su diagnóstico como persona VIH positiva.
- Pacientes con edades entre 18 a 59 años de edad.
- Residan en la región La Libertad por lo menos 6 meses previos a la recolección de datos de la presente investigación.
- Deseen participar voluntariamente en el estudio.
- Pacientes que estén en pleno uso de sus facultades mentales.

Criterios de exclusión

Todas las personas VIH positivas que acudan a ser atendidas en los servicios de atención integral de personas VIH positivas, del Hospital Regional Docente de Trujillo y que para ambos grupos observados cumplan con los siguientes criterios:

- Migren a otras regiones.
- No se encuentren dentro de sus facultades mentales para participar voluntariamente del presente estudio.
- Gestantes

2.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos de la población objetivo se consideraron las siguientes técnicas e instrumentos:

- Técnica: La entrevista
- Instrumento: El cuestionario

2.4 VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validación del instrumento se realizó en muestra piloto de 8 personas VIH positivas, entrevistadas en la Unidad de Atención Integral a personas VIH positivas del HRDT, según criterio estadístico. La consistencia interna (fiabilidad) del instrumento se estimó con el alfa de Cronbach, encontrando un resultado de 0.785, que indica un nivel aceptable (> 0.7), según los parámetros establecidos para que pueda ser aplicado.

2.5 MÉTODO DE ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO

El instrumento consta de 05 secciones, organizadas de acuerdo a los objetivos de la investigación, la primera está referida a datos de identificación, la segunda a información básica de abandono y continuidad a los servicios de salud, la tercera sección recoge datos sobre los factores socioculturales, la cuarta sección recoge datos sobre los factores económicos y la quinta sección consignó preguntas referentes a los factores institucionales. (Anexo)

Corresponde a un cuestionario de 25 preguntas, en su mayoría de respuestas cerradas con respuesta simple y múltiple, existiendo algunas respuestas abiertas para ampliar información pertinente de análisis. La aplicación del cuestionario para la recolección de la información se realizó mediante entrevistas personalizadas y estuvo a cargo de la investigadora y de 01 personal entrenado, quienes garantizaron la privacidad y confidencialidad requeridas. Los datos

obtenidos fueron procesados empleando el software estadístico SPSS versión 22 y los resultados son presentados en cuadros de doble entrada en valores absolutos y porcentuales.

Para determinar si los factores están asociados al abandono a la unidad de atención integral de personas VIH positivas se aplicó la prueba Chi-Cuadrado (χ^2) para independencia de factores, correspondiendo el valor de $p < 0.05$ a un nivel de asociación significativa y $p < 0.01$ a un nivel de asociación altamente significativa. Asimismo para estimar el riesgo al abandono, se utilizó la prueba de regresión logística, correspondiendo un odds ratio (OR) > 1 , cuando la asociación es positiva, con un intervalo de confianza (IC) de 95% y el valor de p inferior al 5%.(0.05).

2.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para el desarrollo de la presente investigación se solicitó la autorización al Comité de Investigación y Comité de ética del Hospital Regional Docente de Trujillo para los fines correspondientes. Asimismo, se solicitó el permiso y realizó una presentación de la investigación al equipo técnico de la Unidad de Atención Integral a Personas VIH positivas del Hospital.

La captación de la unidad muestral se realizó en la sala de espera de la Unidad de Atención Integral a Personas VIH Positivas y el lugar de entrevista fue elegido teniendo en cuenta la opinión y conformidad del participante, pudiendo haberse suspendido si así éste lo requería. Cabe mencionar que las entrevistas sólo fueron aplicadas a aquellas personas VIH positivas que brindaron su consentimiento firmado previa explicación.

La investigación fue desarrollada cumpliendo los principios, consideraciones morales y éticas establecidas para este tipo de investigaciones médicas de Helsinki³⁹, así como del Código de Ética y Deontología del Colegio de Obstetras (art. 64 y 66)⁴⁰.

III. RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación, se grafican en las tablas siguientes como resultado de su procesamiento y organización según objetivos establecidos.

Tabla N° 01

FACTORES SOCIOCULTURALES Y ABANDONO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VIH POSITIVAS HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, LA LIBERTAD, 2014.

Factor Sociocultural	Categoría	Abandono a los servicios de atención integral				Valor p *
		Sí (n = 43)		No (n = 79)		
		n°	%	n°	%	
Orientación sexual	Heterosexual	20	46.5%	48	60.8%	0.303
	Homosexual	17	39.5%	24	30.4%	
	Bisexual	6	14.0%	7	8.9%	
Edad	de 18 a 29 años	24	55.8%	32	40.5%	0.105
	de 30 años a +	19	44.2%	47	59.5%	
Estado conyugal	Soltero	33	76.7%	41	51.9%	0.007
	Casado	10	23.3%	38	48.1%	
Grado de instrucción	Primaria	5	11.6%	10	12.7%	0.856
	Secundaria	20	46.5%	40	50.6%	
	Superior	18	41.9%	29	36.7%	
Uso de sustancia	Sí	23	53.5%	30	38.0%	0.099
	No	20	46.5%	49	62.0%	
Uso de sustancias Tipo	Alcohol	16	69.6%	25	83.3%	0.166
	Drogas	7	30.4%	5	16.7%	

*Prueba Chi cuadrado

Respecto a los factores socioculturales, en la Tabla N° 1 se observa que sólo el estado conyugal presenta asociación estadística muy significativa con la condición de abandono, con un $p < 0.05$. Asimismo, del análisis de frecuencia, se observa que la categoría “soltero” representan el 76.7% del grupo que refirió abandono a los servicios de atención integral alguna vez. Por otro lado, se evidencia que menos de la mitad (46.5%) de las personas VIH positivas del grupo de abandono, son población heterosexual y más del 40% cuentan con estudios superiores, manifestando el 53.5% que consumió alguna sustancia, principalmente el alcohol.

Tabla N° 02

FACTORES ECONÓMICOS Y ABANDONO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VIH POSITIVAS HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, LA LIBERTAD, 2014.

Factor Económico	Categoría	Abandono a los servicios de atención integral				Valor p *
		Sí (n = 43)		No (n = 79)		
		n°	%	n°	%	
Trabaja	No	23	53.5%	17	21.5%	< 0.001
	Sí	20	46.5%	62	78.5%	
Tipo de trabajo	Independiente	6	30.0%	36	58.1%	0.053
	Dependiente Estable	7	35.0%	17	27.4%	
	Dependiente Eventual	7	35.0%	9	14.5%	

*Prueba Chi cuadrado

En la presente tabla se observa que el factor económico relacionado al “trabajo”, se encuentra relacionado de manera muy significativa con el abandono, $p < 0.01$. Asimismo, del total de casos, el 53.5% refirió no contar con trabajo a diferencia del 21.5% encontrado en el grupo que no abandonó, similar a lo reportado como tipo de trabajo eventual con un 35% y 14.5% respectivamente, sin embargo, este factor no presentó asociación estadística significativa, ($p > 0.05$).

Tabla N° 03

FACTORES INSTITUCIONALES Y ABANDONO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VIH POSITIVAS HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, LA LIBERTAD, 2014.

Factor Institucional	Categoría	Abandono a los servicios de atención integral				Valor p *
		Sí (n = 43)		No (n = 79)		
		n°	%	n°	%	
Tiempo de espera	hasta 1 hora	12	27.9%	18	22.8%	0.392
	de 1 a 2 horas	19	44.2%	45	57.0%	
	más de 3 horas	12	27.9%	16	20.3%	
Información brindada	Clara	35	81.4%	76	96.2%	0.006
	Confusa	8	18.6%	3	3.8%	
Trato personal	Bueno	29	67.4%	60	75.9%	0.312
	Regular	14	32.6%	19	24.1%	
Tiempo Dx	de 7 a 12 meses	5	11.6%	24	30.4%	0.001
	de 1 a 2 años	9	20.9%	30	38.0%	
	de 2 a 3 años	29	67.4%	25	31.6%	

*Prueba Chi cuadrado

Entre los factores institucionales, el “tiempo diagnóstico” presenta alta asociación estadística con el abandono, con $p < 0.01$. Asimismo, se puede identificar que la mayor frecuencia en este factor está referido a la categoría 2 a 3 años con un 67.4% en el grupo de abandono. Se observa también, que el factor “información brindada” presenta asociación estadística muy significativa, con $p < 0.01$, evidenciándose mayor frecuencia de la categoría “información brindada confusa” en los grupos de abandono y no abandono, con un 18.6% y 3.8% respectivamente. Por otro lado, es importante destacar que el “buen trato” del personal presentan niveles aceptables en ambos grupos de abandono y no abandono, con 75.9% y 67.4% respectivamente. Asimismo, la variable tiempo de espera de 1 a 2 horas tuvo mayor y similar frecuencia en ambos grupos, con 57.0% y 44.2%, siendo percibida como adecuada por los pacientes, considerando que no solo acuden a recoger medicamentos sino también acuden a sus consultas de atención integral.

Tabla N° 04
FACTORES SOCIOCULTURALES, ECONÓMICOS E INSTITUCIONALES Y
ABANDONO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VIH
POSITIVAS HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
LA LIBERTAD, 2014.

Factores	Categoría	Abandono a los servicios de atención integral				Valor p*
		Sí (n = 43)		No (n = 79)		
		n°	%	n°	%	
Factor Sociocultural						
Estado conyugal	Soltero	33	76.7%	51	44.3%	0.007
	Casado	10	23.3%	38	48.1%	
Factor Económico						
Trabajo	No	23	53.5%	17	21.5%	< 0.001
	Sí	20	46.5%	62	78.5%	
Factor Institucional						
Información brindada	Clara	35	81.4%	76	96.2%	0.006
	Confusa	8	18.6%	3	3.8%	
Tiempo Dx	de 7 a 12 meses	5	11.6%	24	30.4%	0.001
	de 1 a 2 años	9	20.9%	30	38.0%	
	de 2 a 3 años	29	67.4%	25	31.6%	

*Prueba Chi cuadrado

Los resultados obtenidos en esta tabla, muestran que los factores socioculturales, económicos e institucionales asociados con el abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas son: “estado conyugal”, “trabajo”, “información brindada” y “tiempo diagnóstico”, todos con un nivel de significancia alto, es decir con $p < 0.01$.

Tabla N° 05

ANÁLISIS MULTIVARIADO DE VARIABLES INDEPENDIENTES ASOCIADAS AL ABANDONO A LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VIH POSITIVAS. LA LIBERTAD, 2014.

	B	Wald	Valor p	OR	IC 95%	
					LI	LS
Estado conyugal "soltero"	1.12	6.90	0.009	3.06	1.330	7.040
Trabajo "No"	2.09	14.78	< 0.001	8.12	2.790	23.610
Tipo de trabajo "eventual"	1.54	5.29	0.021	4.67	1.260	17.340
Información brindada "confusa"	1.76	6.17	0.013	5.79	1.450	23.150
Tiempo de diagnóstico " 2 a 3 años"	1.72	9.33	0.002	5.57	1.850	16.760

Del análisis multivariado de regresión logística, la tabla N° 5 muestra que las variables: estado conyugal “soltero”, “no tener trabajo”, información brindada “confusa” y tiempo de diagnóstico de “2 a 3 años”, constituyen factores de riesgo para la condición de abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas, presentando todas las categorías un OR mayor de 3, correspondiente a un nivel de significancia alto, con un $p < 0.01$, reflejando este grupo 3 veces a más la posibilidad de abandono.

IV. DISCUSIÓN

Diversos estudios afirman que uno de los principales obstáculos para el control de la enfermedad, está asociado principalmente al abandono al tratamiento, en el entendido que predispone a una mayor frecuencia de recidivas y fracasos porque disminuye la eficacia de los antirretrovirales al incrementar el riesgo de transmisión del virus y aumentar la probabilidad de progresión a SIDA¹⁸.

Otros aspectos a tener en cuenta, son las repercusiones del abandono a los servicios de atención integral a personas VIH positivas, así como de la deficiente adherencia terapéutica, las cuales se expresan en diversas esferas de la vida del paciente, en diversos componentes del sistema de salud y en el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población, existiendo estrecha relación entre sí. Arredondo²³, infiere que las consecuencias médicas o clínicas del abandono a los servicios y la deficiente adherencia terapéutica son diversas, entre ellos los más relevantes están relacionados a los retrasos en la curación, recaídas y aparición de complicaciones, por lo que conocer y socializar los hallazgos del presente estudio serán de vital importancia para implementar acciones estratégicas en los diferentes componentes del abordaje integral de este problema de salud pública regional, nacional y mundial.

En este sentido, la expectativa de vida de las personas VIH positivas o también identificadas como Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS), depende en gran manera de la adherencia al tratamiento, así como también de su comportamiento sexual para limitar la trasmisión, entre otros factores, como los identificados en el presente estudio relacionados a los factores socioculturales, como la orientación sexual, edad, estado civil, grado de instrucción y consumo de alguna sustancia, principalmente el alcohol.

Respecto a la orientación sexual, se observó que, el mayor porcentaje de personas VIH positivas correspondió a la población auto reportada como heterosexual (46,5), concordante con las estadísticas a nivel país que reporta el 42.5% y las estadísticas mundiales que muestran un incremento progresivo

de la transmisión por vía sexual hombre/mujer. Según el Ministerio de Salud de Chile, “la distribución por sexo es similar en países de alta prevalencia del África sub Sahariana y el Caribe, incluso en los países con patrón epidemiológico de distribución predominantemente homo/ bisexual, por lo que se observa una tendencia a la feminización de la epidemia”⁴¹, aun cuando en América Latina se observa una razón hombre: mujer de 3: 1 y continúa siendo importante la transmisión sexual entre hombres, como lo muestran los registros de vigilancia epidemiológica de la región La Libertad^{11,36}. Lo encontrado por Alvis y colaboradores difiere, debido a que los factores independientemente asociados a la no adherencia fue ser homosexual/bisexual (OR: 3,85, IC95 1,98 a 7,51)²⁰, como también lo refiere Leiva en su estudio realizado en Hospital Lazarte de Trujillo³⁷.

En relación al factor edad, se encontró que la mayor frecuencia (55,8) de personas que abandonaron los servicios se encontraba en la población joven comprendida entre 18 a 29 años, sin embargo no se encontró asociación significativa, ello coherente con las características epidemiológicas que las cifras nacionales y mundiales reportan por el inicio más temprano de las relaciones sexuales, hallazgos que son refrendados por lo encontrado por Bazán y colaboradores, en estudio realizado a pacientes VIH positivos del Hospital Cayetano Heredia, en la cual la edad menor a 30 años constituye un factor de riesgo para el abandono al tratamiento con una asociación significativa de $p < 0.01$.

Sobre el factor grado de instrucción, la mayor frecuencia (46,6) para el abandono a los servicios de atención integral, se encontró en las personas VIH positivas con estudios secundarios, seguido del 41.5 de personas con estudios superiores, similar a lo publicado por Rodríguez²¹ en su tesis doctoral, donde indica que “en los países desarrollados hay estudios que demuestran que un mayor nivel de educación se asocia con menor adherencia, y esto podría deberse a que las personas con mayor nivel educativo tienen más temor a la discriminación por el estigma social”. Por otro lado, Cano muestra resultados relacionados a la no adherencia referidos a PVVS con

nivel primario en un 34.4²⁶, similar a lo reportado por Leiva³⁷ que indica una frecuencia mayor de 17.3 para este nivel educativo. Como se puede apreciar la relación de este factor con el abandono es relativo y estaría relacionado al nivel de desarrollo no sólo cultural sino emocional de las personas para afrontar situaciones sociales adversas con mayor asertividad.

Respecto al factor uso de alguna sustancia, se encontró que el 53,5% de las personas VIH positivas que abandonaron los servicios de atención integral manifestaron haber consumido sustancias y de ellos el 69,6, consumieron alcohol, datos que concuerdan con lo encontrado por Alvis con un 64.8²⁰ y Mairena que encontró que el 68.3 de los PVVS habían consumido sustancias, siendo el alcohol el predominante como factor asociados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA del Hospital de HEODRA de la provincia de León²⁵. Por otro lado, los hallazgos de Gross²⁷ en su estudio sobre factores socioculturales que influyen en la transmisión de VIH en PVVS de La Paz, explican la asociación de consumo vs momento de exposición para la transmisión del virus, encontrando que el 98% de PVVS manifestó haberse infectado en situaciones de consumo de alcohol, precisando que no necesariamente era población alcohólica pero sí se auto reportaban como bebedores sociales.

Entre los factores económicos asociados al abandono a los servicios de atención integral de salud del HRDT, encontramos que el factor no tener trabajo, estuvo relacionado significativamente en el grupo que abandonaron, y de los que manifestaron contar con trabajo, el tipo de trabajo eventual presentó un 35% a diferencia del 14.5% respectivamente, lo que supondría su relación con la pobreza por la menor cantidad de ingresos económicos y escasa capacidad adquisitiva para mejorar su calidad de vida, situación semejante a la descrita por Culqui³⁵ en el Hospital de Lima, en el cual la asociación de antecedente de abandono previo y pobreza incrementan significativamente el riesgo de abandono a enfermedades crónicas y trasmisibles, entre ellas la tuberculosis y el VIH/SIDA.

Entre los factores institucionales asociados al abandono a los servicios de atención integral a personas VIH positivas, corresponde en nuestro estudio una asociación muy significativa a información brindada y tiempo de diagnóstico y según análisis multivariado de regresión logística muestra que recibir información brindada confusa condiciona 5.79 veces más el abandono, al igual que tener tiempo de diagnóstico relacionado al tratamiento de 2 años a más con un OR de 5.57 ($p < 0.01$), por lo que son sujetos de comparación con lo encontrado por Alvis en el Servicio de infectología de Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que identificó como factor de riesgo para la no adherencia tener mayor tiempo en tratamiento (OR 1,04, IC95 1,02 a 1,07)²⁰. De la misma manera Leiva registra entre sus hallazgos la relación significativa entre tiempo prolongado de enfermedad y abandono³⁷, similar situación lo muestra Culqui y col³⁵ y Orellana al encontrar que el tiempo de infección de los pacientes evaluados fue en promedio 01 año y 7 meses y el tiempo de tratamiento con el TARGA fue en promedio 20 meses.

V. CONCLUSIONES

Los resultados del presente trabajo nos permite concluir que:

- La variable estado conyugal y su categoría “soltero” constituye un factor sociocultural que muestra una asociación estadística significativa con el abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas en la región La Libertad, con un $p < 0.01$ y un OR de 3.1
- La variable trabajo y su categoría “no tener trabajo” relacionada a los factores económicos, se encuentra asociada de manera muy significativa al abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas de la región La Libertad, mostrando valores de significancia de $p < 0.01$ y un OR de 8.1, constituyendo también un factor de riesgo para el abandono el tipo de trabajo “eventual” con OR de 4.7.
- La variable información brindada y su categoría “información confusa” y la variable tiempo de diagnóstico y su categoría “2 a 3 años” relacionadas a los factores institucionales muestran una alta asociación al abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas de la región La Libertad, con un $p < 0.01$ y un OR de 5.8 y 5.6 respectivamente.
- Los factores asociados al abandono a los servicios de atención integral de personas VIH positivas en la región La Libertad, corresponden a: estado conyugal “soltero”, “no tener trabajo”, “trabajo eventual” “información confusa” y “tiempo de diagnóstico de 2 a 3 años”, con un alto nivel de significancia, $p < 0.01$ y un $OR > 3$, reflejando una alta posibilidad de abandono.

VI. RECOMENDACIONES

- Implementar un sistema de información gerencial a nivel regional que proporcione información veraz, completa y oportuna sobre la atención y seguimiento de las personas VIH positivas en el sistema de salud de la región, mediante indicadores de eficacia que permita definir de mejor las estrategias de intervención para la disminución del abandono y en consecuencia del costo económico que genera a la sociedad y país.
- Desarrollar investigaciones operativas complementarias para evaluar la efectividad de las acciones de prevención, promoción y atención por parte del equipo multidisciplinario a las personas VIH positivas con un enfoque integral e inclusivo para disminuir la percepción de discriminación, considerando que las estadísticas de estudios nacionales aun muestran un alto índice asociado al abandono a los servicios y que en nuestra región la tasa de rotación de personal es alta.
- Fomentar acciones intersectoriales preventivas, promocionales y comunicacionales con participación de las instituciones educativas y formadoras de profesionales, para la mayor sensibilización y concientización a la población, principalmente adolescente y joven para el ejercicio una sexualidad responsable y segura que contribuya a la disminución y control de ITS, VIH y SIDA.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. Fundamentos de Medicina - Enfermedades Infecciosas. 4ª edición, Medellín. Editorial CIB. 1991.33. Kasper, Braimdwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson; Principios de Medicina Interna. Harrison, 16ª Edición en español, México, 2006.1.
2. Rodríguez M, Fuentes C. Plan Andaluz frente al VIH /SIDA y otras ITS (2010-2015). Sevilla; 2010.
3. Muma R. Aspectos Generales del SIDA. Ediciones Científicas y Técnicas. S.A. España, ediciones Massot Salvat. Barcelona, 2007.
4. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Análisis Regional consolidado de los informes UNGASS presentados por 17 países de América Latina en el 2010. Ginebra; 2013.
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe por el Día Mundial del SIDA: El SIDA en Cifras 2015. Ginebra: 2016.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Ginebra: 2014.
7. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú, 2015. Lima: Julio 2016.
8. Girón M. Género, ITS y VIH/SIDA: Elementos para comprender la vulnerabilidad de mujeres jóvenes en dos barrios pobres de las ciudades de Lima y Trujillo, Perú. [Tesis doctoral]. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2010.
9. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N° 097-MINSA/DGSP-V.01-2012. Atención Integral del Adulto/a con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Lima 2012.
10. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Ginebra 2011.
11. Gerencia Regional de Salud La Libertad. Informe ejecutivo de la Situación Sanitaria Regional 2013. Trujillo: 2014.
12. Hospital Regional Docente de Trujillo. Informes mensuales UCETI. Trujillo 2015.

13. Reyes-Guillén I, Sánchez-Pérez H, Cruz-Burguete J, Izaurieta-de J. Abandono del Tratamiento antituberculoso. Un Análisis de percepciones e Interacciones en Chiapas, México. *Rev. Salud Pública de México*. 50 (3): 251-257
14. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Factores determinantes del abandono del Programa de Hipertensión Arterial. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Es Salud, Chiclayo 2000. 63(3) : 185 – 190
15. Sirvent C. Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. Fundación Instituto Spiral Madrid. *Norte de Salud Mental* N° 33- 2 009: 51–58.
16. Grupo estudio del SIDA SEIMC. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos Infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. [Online] España; 2016. Disponible en: <http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2016-tar.pdf>[Accessed 14 November 2017].
17. Libertad A. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev. Cubana Salud Pública*. La Habana 2004; 30 (4):350-2.
18. Rodríguez M. Adherencia y aspectos psicológicos en pacientes adultos infectados por el VIH con prolongada exposición a tratamiento antirretroviral. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona; 2009.
19. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 4 de julio de 2000; 33 (1):21-30.
20. Alvis O; De Coll L; Chumbimune L; Díaz C; Díaz J; Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-SIDA. *Anales de la Facultad de Medicina*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú 2009.
21. Rodríguez P. Estudio de factores de riesgo influyentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral y desarrollo e un modelo predictivo en pacientes VIH positivos. [Tesis doctoral]. España: Universidad Complutense de Madrid. Madrid; 2016.
22. UNESCO. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA. *Manuales metodológicos* N° 1. Ginebra; 2003

23. Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2010 Oct [citado 2014 Mayo 23]; 33(5): 397-408. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000500004&lng=es
24. Organización Mundial de Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra; 2003. Disponible en WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf
25. Mairena Y. Factores conductuales, sociales, familiares y actitudinales para el consumo de sustancias en pacientes con el VIH y SIDA que son atendidos en el Hospital HEODRA del Municipio de León en el periodo comprendido entre junio a setiembre 2013. Tesis para optar grado de maestro. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León. Nicaragua: 2015.
26. Cano A. Factores asociados a la falta de adherencia del tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH y SIDA que asisten a la clínica de enfermedades infecciosas en el HEODRA, en el periodo Febrero 2012- Septiembre 2013. Tesis para optar grado de maestro. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León. Nicaragua: 2013.
27. Gross, G. Factores socioculturales que facilitan la transmisión del VIH en Bolivia. Red Latinoamericana de PVVS REDLA. La Paz, 2009.
28. García J; Busto, J; Prior, A; Delgado, A. Progresión a SIDA y factores pronósticos en seropositivos al VIH-1. Cuba 2007.
29. Soza N, Pereira S, Barreto M. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17 (4):271–8.
30. Gallego C; Marco A; Da Silva A; Varoucha C; Argüelles, M. Causas de abandono del tratamiento antirretroviral (TARV) y eficacia de la entrevista motivacional en la mejora de la adherencia. *Rev Esp Sanid Penit* 2004; 6: 2-7 7.
31. Remor E. Valoración del tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivos. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. *Psicothema* ISSN 0214 - 9915. Vol. 14, Nº 2, pp. 262-267. Madrid; 2002.

32. Orellana G. Factores asociados a la adherencia ala TARGA en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central PNP “LUIS N. SAENZ” en los meses de octubre a diciembre del 2015. [Tesis doctoral]. Lima. Universidad Ricardo Palma; 2017.
33. Bazán S, Chamamé L, Maguina C. Adherencia al TARGA en VIH/SIDA. Un problema de Salud Pública. Acta Med Peru 30(2). Lima; 2013.
34. Girón J; Segura E; Salazar V; Valverde R; Salazar X; Cáceres C. Percepciones de la Personas Viviendo con VIH/SIDA sobre los Servicios de Salud y el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad: Un estudio Transversal en Cinco Ciudades del Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Publica 2007; 24(3):211-17.
35. Culqui D, Grijalva C, Reátegui S, Cajo J, Suárez L. Factores pronósticos del abandono del tratamiento antituberculoso en una región endémica del Perú. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 18(1), 2005 19.
36. Leiva P. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de Gran Actividad en pacientes adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida en Hospital Lazarte. Perú [Tesis] Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo; 2016.
37. Ruiz, J. Metodología de la Investigación Cualitativa; Editorial Universidad de Deusto; Tercera Edición; Año 2003; País España; Pág. 66.
38. Curso Introductorio de Medicina Basada en la Evidencia- Clase 3- Diseños de estudios de investigación. Instituto Universitario CEMIC- Escuela de Medicina. Instituto de Investigación (En línea) disponible en www.intramed.net.
39. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos, adoptada por la 41° Asamblea Médica Mundial. Hong Kong; 1989.
40. Código de Ética y Deontología Profesional. Colegio de Obstetrices del Perú. Lima 1997. [<http://www.unjbg.edu.pe/faob/pdf/codigoetica.pdf>]. (Citado el 12 de noviembre del 2016).
41. Ministerio de Salud. Guía Clínica Síndrome Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA. Santiago. MINSAL, 2010.

VIII. ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Cuestionario

Factores socioculturales, económicos e institucionales asociados al abandono de los servicios de atención en salud de Personas VIH positivas en la región La Libertad. Años 2012-2014			
SECCION 00. IDENTIFICACIÓN			
FECHA DE ENTREVISTA	_____ / _____ / _____		SEXO:
RESULTADO DE LA ENTREVISTA	Completa () 1 () 3	Incompleta () 2	Rechazada
ENTREVISTA DOR	Nombre _____		
SECCION: INFORMACIÓN BÁSICA DE ABANDONO Y CONTINUIDAD			
1	¿Cuánto tiempo conoces tu diagnóstico de infección por VIH?	De 7 a 12 meses () 1 De 1 a 2 años () 2 De 2 a 3 años () 3	
2	¿Alguna vez has faltado a tu-s cita-s o control-es?	Sí, una vez () 1 Sí, más de 2 veces () 2 No, nunca () 3	→ Pasa a 4
3	¿Por qué siempre acudes a tu-s cita-s o control-es?	No quiero enfermar () 1 Necesito seguir bien para ayudar a mi familia () 3 Otro: () 9 _____	
4	¿Por qué no acudiste a tu-s cita-s o control-es?	Falta de tiempo () 1 Hospital distante de su domicilio () 2 Otro: () 9 _____	
5	¿Ya estas recibiendo tratamiento antirretroviral?	Sí, determinar tiempo en años y meses: () 1 _____ () 2 No	→ Pasa a 9
6	¿Alguna vez has faltado a recoger tus medicamentos - ARV?	Sí, una vez () 1 Sí, más de 2 veces () 2 No, nunca () 3	→ Pasa a 8

7	¿Por qué no acudiste a recoger tus medicamentos - ARV?	Olvido () 1 Ha mejorado su salud o () 2 Me ocasionan molestias () 3 Hospital distante a su domicilio () 4 Otro: () 9 _____	
8	¿Por qué siempre acudes a recoger tus medicamentos - ARV?	Es la única forma de seguir viviendo () 1 Ha mejorado mi salud () 2 Necesito seguir bien para ayudar a mi familia () 3 Otros motivos: () 9 _____	
SECCION: FACTORES SOCIOCULTURALES			
9	¿Tus relaciones sexuales son con: ...?	Varones () 1 Mujeres () 2 Ambos () 3	
10	¿Cuántos años cumplidos tienes?	_____ Años cumplidos 18 a 29 años () 1 30 a 59 años () 2	
11	¿Cuál es el último nivel educativo que aprobaste?	Hasta la Primaria () 1 Secundaria () 2 Superior () 3	
12	¿Cuál es tu estado civil?	Soltero-a/No casado-a. () 1 Casado-a./ Conviviente () 2	
13	¿Consumes alguna de las siguientes sustancias?	Alcohol. () 1 Drogas () 2 Ambas () 3 Ninguna () 4	→ Pasa a 15
14	¿Con qué frecuencia lo-s consume-s?	Todos los días () 1 De 1 a 3 veces por semana. () 2 Otro: () 9 _____	
15	¿Sientes que tu entorno (familia/pareja/amigos) que conoce tu diagnóstico, TE ACEPTA como PVVS?	Sí () 1 No () 2	→ Pasa a 18
16	Si es NO ¿Quiénes? MARCAR TODAS LAS RESPUESTAS QUE INDIQUE EL ENTREVISTADO	Pareja-s () 1 Padres () 2 Amigos () 3 Compañeros de trabajo () 4 Otro: () 9 _____	

17	¿Por qué crees que no aceptan tu condición de PVVS?	Por temor a que los infecte... Piensan que soy promiscuo-a Piensan que merezco estar infectado Otro: _____	() 1 () 2 () 3 () 9	
SECCION: FACTORES ECONOMICOS				
18	¿Trabajas actualmente?	Sí No	() 1 () 2	→ Pasa a 20
19	¿Su trabajo es?	Independiente Dependiente estable Dependiente eventual	() 1 () 2 () 3	
20	¿Califica al SIS?	SI NO	() 1 () 2	
SECCION: FACTORES INSTITUCIONALES				
21	¿Cuál es el tiempo que esperas para ser atendido según cita programada?	Hasta 1 hora De 1 hora a 2 horas De 3 horas a más	() 1 () 2 () 3	
22	¿La información brindada en la-s consultas sobre su infección, ha sido?	Clara Confusa No me brindaron información	() 1 () 2 () 3	
23	¿Cómo calificarías el trato del personal que atienden en el servicio de atención a PVVS?	Bueno Regular Malo	() 1 () 2 () 3	
24	Conoces los riesgos o consecuencias que puede ocasionar el no asistir a sus controles o no recibir tratamiento?	Sí No	() 1 () 2	→ FIN
25	SI es SI, ¿Cuáles?	Llegar rápido al estadio SIDA Presentar mal estado de salud No conoce Otro _____	() 1 () 2 () 3 () 9	

**INFORMACIÓN BÁSICA DE ABANDONO A LOS
SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VIH POSITIVAS HRDT,
LA LIBERTAD.2014**

Razones de la falta a las citas y/o controles	n	%
Falta de tiempo	12	27.27
Trabajo	11	25.00
Olvido	6	13.64
Motivos familiares	6	13.64
Depresión	5	11.36
Problemas económicos	3	6.82
Hospital distante de su domicilio	1	2.27
Razones de no acudir a recoger sus ARV	n	%
Me ocasionan molestias	9	36
Olvido	4	16
Trabajo	4	16
Ha mejorado su salud	2	8
Depresión	2	8
Problemas económicos	1	4
Hospital distante a su domicilio	0	0

**INFORMACIÓN BÁSICA DE CONTINUIDAD A LOS
SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS VIH POSITIVAS HRDT,
LA LIBERTAD. 2014**

Razones de acudir siempre a sus citas y/o controles	n	%
No quiero enfermar	53	62.35
Necesito seguir bien	27	31.76
Otros	5	5.88
Razones de siempre acudir a recoger sus ARV	n	%
Ha mejorado mi salud	35	41.18
Es la única forma de seguir viviendo	28	32.94
Necesito seguir bien	14	16.47
Otros	8	9.41

**ANÁLISIS MULTIVARIADO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA VARIABLES
INDEPENDIENTES ASOCIADAS AL NO ABANDONO A LO SERVICIOS DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE PERSONAS VIH POSITIVAS, HRDT, LA LIBERTAD 2014**

Factor Sociocultural	Categoría	wald	OR	Valor p
Estado conyugal	casado	7.41	0.307	0.006
Factor Económico				
Trabajo	Sí	12.20	0.238	< 0.001
Tipo de trabajo	Independiente	16.51	0.167	< 0.001
Factor Institucional				
Información brindada	Clara	14.41	0.461	< 0.001
Tiempo Dx	de 7 a 12 meses	10.18	0.208	0.001