



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, EN EL CENTRO DE SALUD CAJA DE AGUA, DURANTE EL AÑO 2023

TESIS

Para optar el título profesional de Médico (a) Cirujano (a)

AUTOR(A)

Romero Villamizar, Mirella Elizabeth (ORCID: 0000-0003-1675-5638)

ASESOR

Abarca Barriga, Hugo Hernán (ORCID: 0000-0002-0276-2557)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autores

Romero Villamizar, Mirella Elizabeth

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 72716155

Datos de asesor

ASESOR: Abarca Barriga, Hugo Hernán

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR:

Datos del jurado

PRESIDENTE: Chiappe Gonzalez, Alfredo Juan

DNI: 42530534

ORCID: 0000-0003-0687-3112

MIEMBRO: Ramos Muñoz, Willy César

DNI: 40287165

ORCID: 0000-0003-1599-7811

MIEMBRO: Pulido Murillo, Eduardo Alberto

DNI: 70436531

ORCID: 0000-0002-9039-3068

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.07

Código del Programa: 912016

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Mirella Elizabeth Romero Villamizar, con código de estudiante N° 201710773, con DNI N° 72716155, con domicilio en Mz D6 Lt 27 Mariscal Cáceres, provincia y departamento de Lima. En condición de bachiller en Medicina Humana, de la Facultad de Medicina Humana, declaramos bajo juramento que:

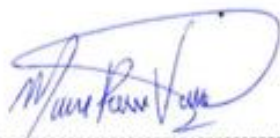
La presente tesis titulada: "FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, EN EL CENTRO DE SALUD CAJA DE AGUA, DURANTE EL AÑO 2023", es de única autoría, bajo el asesoramiento del docente Hugo Hernán Abarca Barriga, y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; la cual ha sido sometida al antiplagio Turnitin y tiene el 7 % de similitud final.

Dejamos constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en la tesis, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumimos responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratificamos plenamente que el contenido íntegro de la tesis es de nuestro conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumimos toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en la tesis y somos conscientes de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, nos sometemos a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 20 de Marzo del 2024



Romero Villamizar, Mirella Elizabeth
DNI: 72716155

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, EN EL CENTRO DE SALUD CAJA DE AGUA, DURANTE EL AÑO 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	sisbib.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a mis padres por su sacrificio, amor y apoyo infinito, gracias a ellos este sueño se hizo realidad y quiero recordales que este logro también es de ustedes. De igual manera agradezco a mis hermanas, familia y amigos cercanos por siempre estar a mi lado y creer en mí.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento a quienes nos acompañaron a lo largo de este extenso trayecto, a Dios, a mis padres, hermanas, familia y amigos cercanos por cada palabra de estímulo y paciencia durante nuestra formación como médicos.

Extendemos nuestro reconocimiento al Dr. Félix Llanos Tejada por su valioso respaldo y guía, que nos permitieron llevar a cabo nuestro trabajo de manera excepcional. Igualmente, queremos expresar nuestro agradecimiento al Dr. Hugo Hernán, Abarca Barriga y al Dr. Dante Quiñones Laveriano ya que, sin su respaldo, la realización de este trabajo no habría sido posible.

Expresamos nuestra gratitud hacia el líder del curso-taller de tesis y nuestro orientador, el doctor Jhony De la Cruz Vargas, por compartir sus saberes, ofrecer su apoyo en la ejecución de la presente investigación y fomentar el espíritu investigador.

RESUMEN

Introducción: El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sigue representando uno de los desafíos más críticos para la salud pública global; hasta julio del 2023, ha resultado en la pérdida de aproximadamente 40,4 millones de vidas. Su transmisión persiste en todos los países, y en algunos de ellos las nuevas infecciones están aumentando, cuando antes estaban en descenso⁽¹⁾. El cumplimiento del tratamiento es un proceso intrincado que consta de una dimensión personal, que depende del paciente, y una dimensión relacional, que involucra al profesional sanitario, ambos dirigidos a lograr un efecto positivo en la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado cinco áreas principales que afectan la adherencia al tratamiento: factores socioeconómicos, vinculados al sistema de salud y sus trabajadores, asociados al propio tratamiento, relacionados con la enfermedad y aspectos personales del paciente.

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo determinar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH/SIDA atendidos en el Centro de Salud Caja de Agua.

Materiales y métodos: El tipo de estudio es analítico y transversal que asocia las variables a través de una ficha de recolección de elaboración propia además de los cuestionarios: SMAQ, validado en España; Duke-UNC 11, GHQ-12 y el índice de calidad de vida de Mezzich y Cohen validados en el Perú. El tamaño de la muestra fue hallado a través de la calculadora SScohort de Open Epi, con un nivel de confianza de 95%, potencia de 80%, razón de no expuesto a expuestos de 1.0 y porcentaje de no expuestos positivos de 5%. Para los cuales se obtuvieron muestras para los diversos factores, donde se eligió una muestra de 328 pacientes por ser la mayor.

Resultados: Se encuestó 328 pacientes. El 36,6% resultó ser adherente. Los factores independientemente asociados a la mala adherencia fueron: ser homosexual (RPa: 1,52, IC95%: 1,07 a 2,14), presentar malestar con el tratamiento (RPa: 1,41, IC95%: 1,03 a 1,92), coinfección con hepatitis B (RPa: 1,90, IC95%: 1,12 a 3,23), el puntaje del cuestionario Duke (RPa: 1,02, IC95%: 1,01 a 1,04) y el tener una bajo nivel de calidad de vida (RPa: 0,55, IC95%: 0,37 a 0,83).

Conclusiones: Los pacientes homosexuales tienen mayor probabilidad de tener una deficiente adherencia, el presentar malestar durante el tratamiento es uno de los factores claves en la no adherencia, un puntaje alto en el cuestionario Duke se asocia con una mayor probabilidad de no adherencia.

Palabras claves: VIH, SIDA, factores asociados, adherencia, tratamiento antirretroviral.

ABSTRACT

Introduction: The human immunodeficiency virus (HIV) continues to represent one of the most critical challenges for global public health; through July 2023, has resulted in the loss of approximately 40.4 million lives. Its transmission persists in all countries, and in some of them new infections are increasing, when before they were decreasing⁽¹⁾. Treatment compliance is an intricate process that consists of a personal dimension, which depends on the patient, and a relational dimension, which involves the healthcare professional, both aimed at achieving a positive effect on health. The World Health Organization (WHO) has identified five main areas that affect treatment adherence: socioeconomic factors, linked to the health system and its workers, associated with the treatment itself, related to the disease and personal aspects of the patient.

Objectives: The objective of this study is to determine the factors related to adherence to antiretroviral treatment in people living with HIV/AIDS treated at the Caja de Agua Health Center.

Materials and methods: The type of study is analytical and cross-sectional that associates the variables through a self-made collection sheet in addition to the questionnaires: SMAQ, validated in Spain; Duke-UNC 11, GHQ-12 and the Mezzich and Cohen quality of life index validated in Peru. The sample size was found through Open Epi's SScohort calculator, with a confidence level of 95%, power of 80%, ratio of unexposed to exposed of 1.0 and percentage of positive unexposed of 5%. For which samples were obtained for the various factors, where a sample of 328 patients was chosen because it was the largest.

Results: 328 patients were surveyed. 36.6% turned out to be adherent. The factors independently associated with poor adherence were: being homosexual (PRa: 1.52, 95%CI: 1.07 to 2.14), experiencing discomfort with the treatment (PRa: 1.41, 95%CI: 1.03 to 1.92), coinfection with hepatitis B (aPR: 1.90, 95% CI: 1.12 to 3.23), the Duke questionnaire score (aPR: 1.02, 95% CI: 1.01 to 1.04) and having a low level of quality of life (PRa: 0.55, 95% CI: 0.37 to 0.83).

Conclusions: Homosexual patients are more likely to have poor adherence, experiencing discomfort during treatment is one of the key factors in non-adherence, a high score on the Duke questionnaire is associated with a greater probability of non-adherence.

Keywords: HIV, AIDS, associated factors, adherence, antiretroviral treatment.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I:	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	3
1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	5
1.4 OBJETIVOS	6
1.4.1 GENERAL.....	6
1.4.2 ESPECÍFICOS	6
1.5 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	6
1.6 DELIMITACIÓN.....	7
1.7 VIABILIDAD	7
CAPÍTULO II:	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	8
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	13
2.2 BASES TEÓRICAS:	15
2.2.1 CONCEPTO VIH-SIDA	15
2.2.2 VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH ⁽³²⁾ :	15
2.2.2.1 TRANSMISIÓN SEXUAL ⁽³²⁾ :	16
2.2.2.2 TRANSMISIÓN EN USUARIOS DE DROGAS POR VÍA PARENTERAL	17
2.2.2.3 TRANSMISIÓN POR LA SANGRE Y OTROS TEJIDOS.....	17
2.2.2.4 TRANSMISIÓN PERINATAL ⁽³⁴⁾	18
2.2.2.5 TRANSMISIÓN DEL VIH EN EL CONTEXTO SANITARIO ⁽³⁴⁾	19
2.2.3 CLÍNICA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH ⁽³⁵⁾ :	19
2.2.3.1 LA FASE PRECOZ O AGUDA ⁽³⁵⁾ :.....	19
2.2.3.2 FASE INTERMEDIA O CRÓNICA ⁽³⁵⁾ :	20
2.2.3.3 FASE FINAL O DE CRISIS (ESTADIO 3 O SIDA) ⁽³⁵⁾ :.....	20
2.2.4 PREVENCIÓN.....	21
2.2.4.1 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL	21
2.2.4.1.1 PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN.....	22
2.2.4.2.1 PREVENCIÓN EN DROGADICCIÓN	23
2.2.4.2.2 PREVENCIÓN EN TRANSMISIÓN SANGUÍNEA	23
2.2.4.3 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL	24
2.2.4.4 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN EN EL CONTEXTO DE LA ASISTENCIA SANITARIA	26
2.2.5 TRATAMIENTO.....	27
2.2.5.1 OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO.....	27

2.2.6	ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	28
2.2.7	FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TARV	29
2.2.7.1	FACTORES SOCIOECONÓMICOS.....	29
2.2.7.2	FACTORES RELACIONADOS AL PACIENTE	29
2.2.7.3	FACTORES RELACIONADOS A LA ENFERMEDAD	30
2.2.7.4	FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO	30
2.2.7.5	FACTORES RELACIONADOS AL SISTEMA DE ASISTENCIA SANITARIA.....	30
2.2	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	31
2.3.1	HIPÓTESIS GENERAL	31
2.3.2	HIPÓTESIS ESPECÍFICA	31

CAPÍTULO III: 32

METODOLOGÍA 32

3.1	DISEÑO DE ESTUDIO	32
3.2	POBLACIÓN.....	32
3.3	MUESTRA.....	32
3.3.1	TAMAÑO MUESTRAL	32
3.3.2	TIPO DE MUESTREO.....	33
3.3.3	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	34
3.3.3.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	34
3.3.3.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	34
3.4	VARIABLES DEL ESTUDIO	34
3.4.1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	34
3.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.6	PROCESAMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS	39
3.7	ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	39
3.8	LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	40

CAPÍTULO IV 41

RESULTADOS Y DISCUSIÓN 41

5.1	RESULTADOS.....	41
5.2	DISCUSIÓN	47

CAPÍTULO VI..... 52

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 52

6.1	CONCLUSIONES	52
7.2	RECOMENDACIONES	52
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
	ANEXOS.....	60

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS	60
ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	61
ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS FIRMADO POR LA SECRETARIA ACADÉMICA.....	62
ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN	63
ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS	64
ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	64
ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	66
ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	68
ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS... 73	
ANEXO 10: BASE DE DATOS (EXCELL, SPSS) O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP	83

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Características de los pacientes viviendo con VIH-SIDA en el Cs Caja de Agua durante el año 2023.....	43
Tabla 2: Análisis bivariado de factores asociados a la adherencia al tratamiento en paciente viviendo con VIH-SIDA en el Cs Caja de Agua en el año 2023.....	45
Tabla 3: Análisis bivariado y multivariado de factores que dificultan una adherencia adecuada al tratamiento en pacientes viviendo con VIH-SIDA en el Cs Caja de Agua en el año 2023.....	48

INTRODUCCIÓN

La infección por el VIH ataca el sistema inmunitario, siendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) la fase más avanzada de la enfermedad. Esta destruye a los glóbulos blancos, debilitando el sistema inmunitario, y esto permite que sea más fácil contraer enfermedades como tuberculosis, otras infecciones oportunistas y algunos tipos de cáncer⁽²⁾.

El objetivo global es intensificar la lucha contra la epidemia de VIH y alcanzar la erradicación del SIDA como problema de salud pública para el año 2030. Para lograr esto, varios países, incluido Perú, han establecido que el 90% de las personas viviendo con VIH (PVV) estén al tanto de su estado, el 90% de las PVV reciban tratamiento antirretroviral (TARV) y el 90% de las personas en tratamiento alcancen la supresión viral. Este conjunto de objetivos se denomina las Metas 90-90-90 ⁽³⁾.

En el Perú, se estima que alrededor de 98 000 personas viven con VIH, con mayor transmisión en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero razón por la cual se describe como una epidemia concentrada. La prevalencia de VIH en la población general adulta es de 0,3%, es decir, 3 de cada 1000 personas viven con VIH, en HSH la prevalencia estimada es de 9.6%, es decir, 1 de cada 10 HSH vive con VIH y en mujeres transgénero asciende hasta un 31.4%; es decir, 1 de cada 3 mujeres vive con VIH⁽⁴⁾.

La terapia ARVc modificó la historia natural de la enfermedad, ya que aumentó la supervivencia de estos pacientes hasta llegar a ser considerada hoy en día como una enfermedad crónica. Pero la obtención de estos beneficios requiere mantener un alto grado de adherencia al tratamiento para evitar resistencia, el avance de la infección y la dificultad para encontrar posteriores tratamientos eficaces⁽⁵⁾.

La adherencia terapéutica es un proceso complejo que depende de un componente personal dependiente del paciente y otro componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud, ambos dirigidos a lograr un resultado beneficioso para la salud⁽⁶⁾. La falta de conciencia de la enfermedad es el factor no farmacológico principal

que puede dificultar la adherencia terapéutica de los pacientes. Hay que tener en cuenta que la OMS clasificó los factores que intervienen en la adherencia terapéutica en cinco dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema sanitario y sus profesionales, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la patología y factores relacionados con el paciente^(6,7).

El presente estudio busca establecer cuáles son los factores asociados a la adherencia del tratamiento, en personas viviendo con VIH/SIDA en el Centro de Salud Caja de Agua.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La infección por el VIH ataca el sistema inmunitario, siendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) la fase más avanzada de la enfermedad. Esta destruye a los glóbulos blancos, debilitando el sistema inmunitario, y esto permite que sea más fácil contraer enfermedades como tuberculosis, otras infecciones oportunistas y algunos tipos de cáncer⁽²⁾.

El VIH, uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, hasta julio del año 2023 ha cobrado 40,4 (de 32,9 a 51,3) millones de vidas. La transmisión persiste en todos los países, y en algunos de ellos las nuevas infecciones están aumentando, cuando antes estaban en descenso. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2022 fallecieron 630 000 personas por causas relacionadas con el VIH y 1,3 millones contrajeron el virus⁽⁸⁾.

El objetivo global es intensificar la lucha contra la epidemia de VIH y alcanzar la erradicación del SIDA como problema de salud pública para el año 2030. Para lograr esto, varios países, incluido Perú, han establecido que el 90% de las personas viviendo con VIH (PVV) estén al tanto de su estado, el 90% de las PVV reciban tratamiento antirretroviral (TARV) y el 90% de las personas en tratamiento alcancen la supresión viral. Este conjunto de objetivos se denomina las Metas 90-90-90 ⁽³⁾.

A nivel global, se han logrado avances significativos en cuanto a las pruebas diagnósticas y el tratamiento del VIH. Para finales de 2019, el 81% de las personas con VIH estaban informadas sobre su estado serológico, y más de dos tercios (67%) estaban recibiendo tratamiento antirretroviral, representando esto alrededor de 25.4 millones de los 38 millones de personas con VIH, un número que ha aumentado más del triple desde 2010. Estos avances en la eficacia del tratamiento, junto con el aumento en el número de personas conscientes de su estado serológico y las que están recibiendo tratamiento, se

ven reflejados en un aumento del 18% en los niveles de supresión viral entre 2015 y 2019. Casi el 59% de las personas con VIH a nivel mundial habían logrado suprimir la carga viral. No obstante, para alcanzar los objetivos 90-90-90, es preciso que al menos el 73% de las personas con VIH consiga suprimir su carga viral⁽⁹⁾.

En el Perú, se estima que alrededor de 98 000 personas viven con VIH, con mayor transmisión en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero razón por la cual se describe como una epidemia concentrada. La prevalencia de VIH en la población general adulta es de 0,3%, es decir, 3 de cada 1000 personas viven con VIH, en HSH la prevalencia estimada es de 9.6%, es decir, 1 de cada 10 HSH vive con VIH y en mujeres transgénero asciende hasta un 31.4%; es decir, 1 de cada 3 mujeres vive con VIH⁽⁴⁾.

En su investigación, García y colaboradores⁽¹⁰⁾ presentan un análisis de la cascada de atención continua para el VIH en Perú durante el año 2014, observando que, de un total de 72,000 personas viviendo con VIH (PVV), el 64% fueron diagnosticadas, el 56% fueron enlazadas al cuidado, el 55% permanecieron dentro del sistema de salud, el 46% estaban recibiendo tratamiento antirretroviral (TARV) y el 37% lograron la supresión viral. Estos resultados indican que existen brechas significativas para lograr los objetivos 90-90-90: falta un 26% para alcanzar el primer objetivo de diagnóstico, un 35% para la cobertura del tratamiento, y un 53% para lograr la supresión viral.

El Programa Nacional de Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en Perú se dio el 13 de mayo de 2004. Este programa fue lanzado por el Ministerio de Salud de Perú (MINSa) junto con la Estrategia Sanitaria Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA y de las Infecciones de Transmisión Sexual. Comenzó su implementación en 15 hospitales dentro de Lima y Callao, expandiéndose a 33 centros regionales. La iniciativa puso especial énfasis en la formación de profesionales de la salud, garantizando la disponibilidad de medicamentos y fomentando su correcto uso. Dentro del programa, se ofrece sin costo el tratamiento combinado antirretroviral (ARVc), exámenes de

seguimiento y asesoramiento psicológico para reducir comportamientos sexuales de alto riesgo y promover la adherencia al tratamiento⁽¹¹⁾.

La terapia ARVc modificó la historia natural de la enfermedad, ya que aumentó la supervivencia de estos pacientes hasta llegar a ser considerada hoy en día como una enfermedad crónica. Pero la obtención de estos beneficios requiere mantener un alto grado de adherencia al tratamiento para evitar resistencia, el avance de la infección y la dificultad para encontrar posteriores tratamientos eficaces⁽⁵⁾.

La adherencia terapéutica es un proceso complejo que depende de un componente personal dependiente del paciente y otro componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud, ambos dirigidos a lograr un resultado beneficioso para la salud⁽⁶⁾. La falta de conciencia de la enfermedad es el factor no farmacológico principal que puede dificultar la adherencia terapéutica de los pacientes. Hay que tener en cuenta que la OMS clasificó los factores que intervienen en la adherencia terapéutica en cinco dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema sanitario y sus profesionales, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la patología y factores relacionados con el paciente^(6,7).

El presente estudio busca establecer cuáles son los factores asociados a la adherencia del tratamiento, en personas viviendo con VIH/SIDA en el Centro de Salud Caja de Agua.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento en los pacientes viviendo con VIH-SIDA, en el centro de salud Caja de Agua, durante el año 2023?

1.3 Línea de investigación

Este estudio se alineó con las Prioridades Nacionales de Investigación en Salud para el período 2019-2023, específicamente abordando el quinto problema de salud: las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA. Además, se inscribe en las Líneas Principales de Investigación en Salud 2021-2025, establecidas y ratificadas por la Universidad Ricardo Palma situándose en el campo de Medicina Humana,

específicamente en la línea de investigación número 5: Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA. Se exploraron los diversos factores que influyen en la adherencia al tratamiento de individuos diagnosticados con VIH-SIDA.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

- Determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral y los factores relacionados a ello en personas viviendo con VIH/SIDA atendidos en el Centro de Salud Caja de Agua durante el año 2023.

1.4.2 Específicos

- Establecer la adherencia al tratamiento según las características sociodemográficas de la población en estudio como: edad, estado civil, nivel de instrucción, orientación sexual.
- Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes viviendo con VIH-SIDA según tiempo de tratamiento (meses), bajo nivel de calidad de vida, morbilidad psíquica, bajo apoyo social.
- Identificar la adherencia al tratamiento y su relación con sífilis y hepatitis B.

1.5 Justificación del Estudio

El encontrar cuáles son los factores asociados a la baja adherencia, permitirá compartir estos resultados con el Centro de Salud Caja de Agua y de esta manera poder aportar en la innovación de estrategias de intervención y políticas sanitarias para aumentar el porcentaje de adherencia en la PVV.

Esto facilitará el desarrollo de estrategias educativas enfocadas en superar los obstáculos particulares que encuentra la población más vulnerable, brindando asistencia individualizada y fomentando ambientes de cuidado médico que sean inclusivos y libres de discriminación. También será necesario fomentar una atención

más personalizada y enfocada en los pacientes con bajo nivel de calidad de vida facilitándoles el acceso a los medicamentos mediante la provisión de tratamientos en lugares accesibles y brindándoles asesoramiento nutricional.

Ya que uno de los resultados relevantes fue la coinfección con hepatitis B, se podría proponer que se ofrezca a los PVV educación acerca de su transmisión y sobre las prácticas sexuales seguras, así como también, implementar pruebas rutinarias para hepatitis B, para que ser diagnosticado tempranamente y poder dar el tratamiento adecuado.

1.6 Delimitación

- Delimitación espacial: el presente estudio se limita al Centro de Salud Caja de Agua.
- Delimitación temporal: se realizó durante los meses de octubre-diciembre del año 2023.
- Delimitación circunstancial: se realizó la recolección de datos a los pacientes que son atendidos por el servicio del Centro de Referencias de infecciones de transmisión Sexual (CERITS) con diagnóstico de VIH-SIDA.

1.7 Viabilidad

La investigadora contó con la autorización del Centro de Salud Caja de Agua donde se realizará el estudio, se evaluó la factibilidad, incluyendo los aspectos humanos y financieros necesarios para llevar a cabo el proyecto, ya que durante ese tiempo se desempeñaba profesionalmente dentro de la institución, lo que le proporcionó facilidades para acceder y realizar el proyecto en cuestión. Asimismo, se dispuso de cuestionarios que habían sido validados tanto en España como en el Perú.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

1. **Machado A. (2022, Ecuador).** En su estudio “Prevalencia y factores asociados a falta de adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en VIH/SIDA, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 – 2021” donde el objetivo principal fue determinar la prevalencia y factores asociados a falta de adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en VIH/SIDA, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 - 2021. El estudio indica que la falta de adherencia al TARV con la escala Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) se presentó en 6 de cada 10 pacientes. Además se encontró que de los factores asociados propuestos con falta de adherencia al TARV, el único que demostró aumento de probabilidad “pero sin asociación estadística” fue la mala relación médico paciente⁽¹²⁾.
2. **Robles et al. (2023, México).** En el estudio “Factores asociados con mal apego al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en Mazatlán, Sinaloa, México”. El objetivo del estudio fue identificar los elementos vinculados con la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en individuos con VIH. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, transversal y analítico, utilizando un muestreo de casos consecutivos que incluyó a 16 pacientes con VIH. El análisis reveló la inexistencia de evidencia estadística que respalde la asociación entre variables sociodemográficas (incluyendo sexo, edad, estado civil, educación, ocupación y nivel socioeconómico) se vincularon con la adhesión al tratamiento. Asimismo, se verificó la ausencia de relación entre el consumo de alcohol, así como los niveles de ansiedad y depresión, y la adherencia al régimen antirretroviral en individuos diagnosticados con VIH⁽¹³⁾.

- 3. Sánchez et al. (2021, Murcia - España).** En el estudio “Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial”. El objetivo de este estudio consistió en examinar el grado de adherencia registrado en un grupo de mujeres con VIH/SIDA sometidas a tratamiento antirretroviral (TARV) y analizar los factores y situaciones que inciden en su nivel de adherencia. El estudio adopta un enfoque mixto secuencial explicativo. La muestra de estudio comprende a 86 mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA y bajo tratamiento con terapia antirretroviral combinado (TARVc). En el análisis multivariante, se identificaron como variables con un impacto significativo en la predicción de la falta de adherencia: la edad, el nivel educativo y los ingresos económicos. Aquellas participantes con educación universitaria presentaron una probabilidad menor de no cumplir con el tratamiento en comparación con aquellas sin formación académica o con educación primaria⁽¹⁴⁾.
- 4. Arrieta et al. (2022, Medellín - Colombia).** En el estudio “Factores relacionados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA”, cuyo objetivo fue identificar los factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos asociados a la falta de cumplimiento en el tratamiento antirretroviral en pacientes con infección por VIH/SIDA atendidos entre 2017 y 2020 en diversas ciudades de Colombia. Se llevó a cabo un estudio observacional de tipo transversal y retrospectivo, en el cual se analizaron 9,835 pacientes. Es destacable resaltar que la razón de falta de adherencia frente a adherencia es ocho veces mayor en aquellos pacientes que presentan problemas asociados con el perfil de resistencia a los medicamentos (PRM), en comparación con aquellos que no presentaron tales problemas⁽¹⁵⁾.
- 5. Urizar et al. (2020, Paraguay).** En el estudio “Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay”, la meta de esta investigación fue determinar los elementos asociados con la inadherencia al tratamiento antirretroviral en individuos con

VIH que acudían al Hospital Nacional de Itauguá durante septiembre de 2016. Se llevó a cabo mediante un enfoque observacional, analítico y transversal, seleccionando de forma no probabilística a 42 pacientes con VIH que estaban recibiendo tratamiento antirretroviral. Para la evaluación de la adherencia al tratamiento, se utilizó tanto una encuesta demográfica como el cuestionario SMAQ. Aunque no se encontraron diferencias notables en cuanto a la edad y los días sin tomar la medicación entre los grupos adherentes y no adherentes, se destacó una diferencia significativa en la cantidad de dosis no tomadas entre los dos grupos.⁽¹⁶⁾

6. **Pérez J et al. (2020, Cuba).** En el estudio “Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/SIDA”, Se llevó a cabo una investigación analítica de tipo transversal Con el propósito de investigar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas diagnosticadas con VIH/SIDA. El estudio incluyó a 153 pacientes mayores de 18 años, diagnosticados con VIH/SIDA, atendidos en el policlínico “Marcios Manduley”, ubicado en el municipio centro Habana, durante el año 2018. Se identificó una asociación estadística y se establecieron como factores de riesgo para la falta de adherencia terapéutica la baja escolaridad, la falta de estabilidad en la relación de pareja, la disfunción familiar, el tiempo de tratamiento superior a 5 años y la presencia de reacciones adversas⁽⁵⁾.
7. **Sánchez et al. (2020, Madrid - España).** En el estudio “Influence of substance use and cognitive impairment on adherence to antiretroviral therapy in HIV+ patients”. El objetivo de este estudio es evaluar cuál es la influencia sobre la adherencia al TARV de la disfunción cognitiva, así como del consumo de determinadas sustancias. Se realizó un estudio observacional tipo casos y controles con una muestra de 125 pacientes VIH+, que se dividieron en sujetos malos adherentes (casos) y buenos adherentes al TARV(controles). La adherencia se evaluó mediante el reporte de farmacia hospitalaria, contrastada con SMAQ y el criterio del médico tratante. La función cognitiva fue evaluada con el Test del Mapa del Zoo y el Trail Making

Test (TMT), y el consumo de sustancias, mediante un protocolo de historia clínica semi-estructurada. El análisis estadístico se realizó mediante regresión logística binaria. Los resultados mostraron que el abuso de alcohol y el deterioro en la función cognitiva ejecutiva, medida por el Test del Mapa del Zoo, constituyen factores de riesgo independientes para una mala adherencia⁽¹⁷⁾.

- 8. Granda et al. (2018, Cuba).** En el estudio “Factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes VIH/SIDA del policlínico Asdrúbal López Vásquez”. Se llevó a cabo un estudio transversal analítico para identificar los elementos asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el policlínico "Asdrúbal López Vásquez" en Guantánamo durante el año 2015. El estudio incluyó a todos los individuos diagnosticados con VIH/SIDA que estaban bajo tratamiento antirretroviral, divididos en dos grupos: los adherentes como controles y los no adherentes como casos. Los factores que mostraron una asociación significativa con la adherencia al tratamiento incluyeron: la complejidad del régimen terapéutico, el olvido de la medicación y la insatisfacción con la atención médica recibida. Por lo tanto, estos aspectos son prioritarios al diseñar estrategias de intervención⁽¹⁸⁾.
- 9. Salgado et al. (2018, Acapulco - México).** En el estudio “Calidad de vida y factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH”. El propósito de este estudio fue evaluar la calidad de vida y los elementos vinculados con la falta de adherencia al tratamiento en personas seropositivas atendidas en una clínica en Guerrero, México. Mediante un diseño de estudio transversal y analítico, se seleccionó una muestra de 167 pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral que acudieron a la clínica de VIH del Hospital General Regional “Vicente Guerrero” en Acapulco, Guerrero, entre mayo y octubre de 2016. Los resultados del análisis bivariado indicaron que la escolaridad y la edad estaban asociadas con la no adherencia. Sin embargo, únicamente la edad resultó ser un factor estadísticamente significativo en el análisis multivariado⁽¹⁹⁾.

- 10. Arévalo et al. (2018, Acapulco - México).** En el estudio “Calidad de vida y factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH”. La investigación se enfocó en examinar la conformidad con las medidas no medicamentosas de tratamiento entre individuos con VIH/SIDA en Cali, Colombia, así como en determinar la conexión entre dicha conformidad y diversas variables socio-demográficas. Este estudio de corte transversal involucró a 277 pacientes de VIH/SIDA provenientes de nueve centros de salud, empleando el cuestionario de seguimiento al régimen de tratamiento para VIH/SIDA para la recolección de datos. Los resultados revelaron que la adherencia es significativamente menor en individuos menores de 40 años al considerar los factores socio-demográficos⁽²⁰⁾.
- 11. Gutierrez et al. (2019, Puebla - México).** En el estudio “Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA”. El objetivo fue determinar la asociación entre adherencia al TARV con variables demográficas, clínicas, psicológicas y de calidad de vida. Se realizó un estudio comparativo, analítico, transversal. La muestra estudiada fueron 160 pacientes con diagnóstico de infección por VIH/SIDA. Sólo dos variables independientes estuvieron asociadas con tener adherencia al TAR: la tendencia a evitar comportamiento depresivo y la ausencia de adicciones⁽²¹⁾.
- 12. Granada et al. (2018, Bogotá - Colombia).** En el estudio “Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con vih sida en un hospital de tercer nivel”. El objetivo fue identificar las variables asociadas al abandono de terapia TARGA en pacientes con VIH de un hospital de tercer nivel en Colombia. Durante un año, se estudiaron 51 pacientes inscritos en el programa; de estos, 12 pacientes (23%) mostraron adherencia al tratamiento. Se observó que 32 pacientes (62%) reportaron historial de el uso de sustancias psicoactivas se observó en 33 pacientes (64%), quienes también mostraban alguna patología psiquiátrica concurrente.. La falta de adherencia al tratamiento se vinculó

principalmente con la presencia de trastornos psicológicos y una insuficiente red de soporte. ⁽²²⁾.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

1. **Barrera et al. (2021, Lima - Perú).** En el estudio “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA”, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre factores sociales, clínicos, de tratamiento y la presencia de comorbilidades con el incumplimiento del régimen antirretroviral en individuos diagnosticados con VIH/SIDA durante 2018. Se analizaron 117 pacientes bajo tratamiento antirretroviral en el Hospital "Daniel Alcides Carrión", utilizando el Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH), que ha sido validado en Perú. Los resultados mostraron que una carga viral inicial baja funciona como un factor protector, incrementando la probabilidad de una adherencia efectiva al tratamiento⁽²³⁾.
2. **Orellana et al. (2019, Lima - Perú).** En el estudio “Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central de las Fuerzas Policiales”, la meta de la investigación consistió en identificar los elementos vinculados y el nivel de cumplimiento con la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) entre los pacientes de VIH/SIDA en el Hospital Central PNP "Luis N. Sáenz" durante el periodo de octubre a diciembre de 2015. Para ello, se empleó la encuesta validada por el CEAT-VIH, complementada con la revisión de historiales médicos. Se constató que la adherencia mejora cuando la carga viral es baja⁽²⁴⁾.
3. **Espinola S. (2020, Trujillo - Perú).** En el estudio “Depresión como factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA”, la meta de este estudio fue determinar si la depresión influye en la adherencia al tratamiento antirretroviral altamente activo. Mediante una selección aleatoria simple, se eligieron 188 pacientes para el análisis. Para detectar la depresión se aplicó la escala de Zung, y la adherencia al tratamiento se evaluó mediante el cuestionario SMAQ. Los

resultados revelaron que la prevalencia de la falta de adherencia al tratamiento es superior en los pacientes diagnosticados con depresión en comparación con aquellos sin este diagnóstico.⁽²⁵⁾

4. **Ipanaque J. (2022, Piura - Perú).** En el estudio “Factores asociados a adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, de pacientes con VIH en un Hospital de Piura, 2018-2020”, se tuvo como objetivo determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en PVV en un Hospital de Piura durante el periodo 2018-2020; para el tamaño de muestra se obtuvo 56 casos y 56 controles. El resultado del estudio indicó que los PVIH que no toleraban los efectos adversos de los medicamentos fue mayor en los no adherentes con respecto a los que si toleraban los efectos adversos⁽²⁶⁾.
5. **Rodriguez O. (2022, Piura - Perú).** En el estudio “Factores asociados a adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA Castilla 2021”, el objetivo del estudio fue determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Se estudió una muestra de 118 pacientes ; se aplicó el Cuestionario CEAT-VIH. Se estableció que existen factores protectores en torno a los sueldos superiores a 5000 soles⁽²⁷⁾.
6. **Leyva et al (2019; Lambayeque - Perú).** En el estudio “Adherencia a la terapia antirretroviral y los factores asociados en personas que viven con VIH/SIDA en el norte del Perú: un estudio transversal”, donde el objetivo fue comprender el estado actual de cumplimiento al TARV para PVV atendidas en la clínica regional de VIH ubicada en el norte del Perú. Se determinó que los factores asociados a la no adherencia fueron: presentar malestar durante el tratamiento, suspender el tratamiento en cualquier momento y tener concurrentemente TBC⁽²⁸⁾.
7. **Baldeón et al (2023; Huancayo- Perú).** En el estudio “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA en el Hospitaal Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo – 2023”, el objetivo fue analizar los factores asociados a la no adherencia al trataiendo antrirretroviral en pacientes con VIH-SIDA en el Hospital Nacional Ramiro

Prialé Prialé de Huancayo – 2023. Dentro de los factores de riesgo que se asociaron significativamente fueron: sexo masculino, estado civil soltero, empleado, no soporte familiar y consumo de alcohol⁽²⁹⁾.

2.2 Bases teóricas:

2.2.1 Concepto VIH-SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) pertenece a la familia Retroviridae, ya que emplea la transcriptasa inversa para convertir sus secuencias de ARN en ADN. Este virus ocasiona la destrucción de las células del sistema inmunitario y modifica su funcionalidad, lo que conduce gradualmente a la inmunodeficiencia en la persona infectada. Sus principales blancos son los linfocitos T CD4+ y los macrófagos, aunque también tiene la capacidad de infectar otros tipos de linfocitos, células de soporte (glía) del sistema nervioso central y neuronas, así como células enterocromafines del intestino y células dendríticas⁽³⁰⁾.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituye la etapa avanzada de la infección por VIH. En esta fase, el virus ha ocasionado una destrucción significativa del sistema inmunológico, dando lugar a la aparición de infecciones oportunistas y tumores asociados a inmunosupresión, tales como neumonía causada por *Pneumocystis spp.*, tuberculosis diseminada, sarcoma de Kaposi, entre otros. Además, se manifiestan diversos síntomas clínicos como pérdida de peso, diarrea o fiebre, los cuales resultan de la proliferación descontrolada del virus⁽³¹⁾.

2.2.2 Vías de transmisión del VIH⁽³²⁾:

El VIH ha sido identificado en diversos fluidos corporales además de la sangre, sin embargo su transmisión solo ocurre a través de aquellos fluidos que poseen una concentración significativa del virus. Las vías de transmisión han permanecido constantes desde los inicios de la pandemia, siendo a través de la sangre o productos sanguíneos, fluidos serosanguíneos y genitales, así como la vía materno-fetal las rutas más relevantes. Desde una perspectiva descriptiva, es posible distinguir dos mecanismos de contagio:

1. Horizontal: transfusiones de sangre y hemoderivados, trasplantes de órganos y tejidos; exposición parenteral, cutánea o mucosa accidental; transmisión sexual.
2. Vertical: infección intrauterina, infección durante el parto o durante la lactancia.

2.2.2.1 Transmisión sexual⁽³²⁾:

a. Homosexual. Históricamente, la pandemia del VIH ha sido más notablemente frecuente en los varones jóvenes que tienen relaciones homosexuales. La actividad sexual con mayor riesgo (especialmente para el receptor) es la relación genital anal entre varones. Aunque menos común, también se ha documentado la transmisión oral-genital. Entre los factores asociados se incluyen los encuentros sexuales con desconocidos, tener múltiples parejas, practicar irrigaciones anales antes del contacto sexual, las ulceraciones anales, la presencia de sífilis y prácticas sexuales traumáticas.

En la homosexualidad femenina, el riesgo de infección por VIH es significativamente bajo, aunque se aconseja evitar las relaciones sexuales durante la menstruación.

b. Heterosexual. De los 35 millones de individuos infectados en todo el mundo, las tres cuartas partes adquirieron el virus a través de esta vía, la cual continúa en aumento. Aunque la transmisión alcanza su punto álgido en las fases aguda y avanzada, la etapa inicial es la más riesgosa, ya que la carga viral es significativamente elevada, y a menudo las personas infectadas no tienen conciencia de la infección, por lo que mantiene su práctica sexual habitual, lo que facilita una eficiente propagación del virus. La susceptibilidad de la pareja receptora se ve influenciada por diversos factores que aumentan las posibilidades de transmisión, como por ejemplo:

- Presencia de otras infecciones de transmisión sexual, sobre todo aquellas con capacidad de generar úlceras genitales (sífilis, chancro blando, herpes).
- Las infecciones por gonococo o clamidia incrementan hasta 300 veces el riesgo de transmisión y las relaciones durante la menstruación multiplican el riesgo de contagio.
- Las lesiones inflamatorias en la mucosa receptora aumentan el riesgo de infección.
- Las relaciones sexuales anales.
- La circuncisión masculina disminuye la capacidad contagiosa en el varón.
- La actividad sexual de penetración vaginal representa un mayor riesgo para la mujer, dado que la concentración más elevada de retrovirus en el hombre se encuentra en el líquido y las células seminales, a diferencia de las mujeres, donde se localiza en las secreciones cervicales.

2.2.2.2 Transmisión en usuarios de drogas por vía parenteral

La principal vía de transmisión del VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) se relaciona principalmente con el uso compartido de agujas y jeringas. El acto de compartir el equipo de inyección es una práctica común arraigada entre estos consumidores, influida por factores culturales, económicos y legales inherentes a esta comunidad. El riesgo de contraer VIH es más elevado en aquellos individuos que comparten agujas, especialmente al utilizar drogas que se administran por vía intravenosa con mayor frecuencia, como la cocaína o las metanfetaminas⁽³³⁾.

2.2.2.3 Transmisión por la sangre y otros tejidos

El VIH ha sido transmitido a través de la transfusión de sangre y sus derivados (sangre entera, plasma fresco congelado, concentrados de

eritrocitos, crioprecipitados, factores de coagulación y plaquetas) provenientes de un único donante. Sin embargo, el peligro de contraer VIH mediante transfusiones de sangre o productos sanguíneos se ha reducido significativamente, aproximadamente a 1 entre 2,135,000, gracias a la implementación de medidas como la exclusión confidencial de donantes y el tamizaje de anticuerpos en 1985, la incorporación de pruebas para VIH-2 y el antígeno p24 en 1996, y la introducción de pruebas de detección de ácidos nucleicos en 2002. Se han documentado casos de transmisión de VIH después de trasplantes de órganos como hígado, corazón, riñón, páncreas, hueso, y posiblemente piel. Contrariamente, los trasplantes de tejidos con vascularización relativamente baja, como córneas y tejidos procesados, no se han asociado con la transmisión del virus⁽³³⁾.

2.2.2.4 Transmisión perinatal⁽³⁴⁾

La transmisión perinatal (o vertical) del VIH “de una mujer embarazada a su hijo” puede ocurrir en diversas etapas, ya sea durante la gestación (transmisión intrauterina), durante el momento del parto (transmisión intraparto) o a través de la lactancia después del parto. La confirmación de la transmisión intrauterina se evidencia mediante la detección temprana del VIH en los tejidos fetales, tan precoz como a las 8 semanas de gestación, así como en el tejido placentario tanto *in vivo como in vitro*. El acto del parto, ya sea por vía vaginal o mediante cesárea, está asociado a distintos factores que pueden exponer al recién nacido a sangre y secreciones cervicovaginales de la madre.

La presencia del VIH en la leche materna, junto con informes de mujeres lactantes que transmitieron la infección a sus hijos mediante la lactancia después de adquirir el virus a través de transfusiones sanguíneas postparto, inicialmente proporcionaron datos sobre la transmisión posnatal del VIH. El factor de riesgo primordial para determinar la probabilidad de que el lactante

contraiga la infección por VIH de manera perinatal es la carga viral de la madre.

2.2.2.5 Transmisión del VIH en el contexto sanitario⁽³⁴⁾

La frecuente exposición a líquidos corporales contaminados con sangre a través de la piel, la penetración cutánea y las mucosas es común en entornos sanitarios. Esta forma de exposición ha dado lugar a la transmisión del VIH entre el personal de salud.

Las heridas percutáneas, en su mayoría causadas por agujas huecas, representan la vía más común de transmisión del VIH en el ámbito laboral sanitario. Además, se han documentado casos de transmisión del VIH mediante la exposición de la piel y mucosas a la sangre.

2.2.3 Clínica de la infección por el VIH⁽³⁵⁾:

La infección inicial por el VIH, conocida como síndrome retroviral agudo, se manifiesta en aproximadamente 50-75% de los individuos infectados dentro de las primeras cuatro semanas después de la exposición al virus. Después del contagio, el VIH se propaga principalmente a través del tejido linfoide en la mucosa intestinal y los ganglios linfáticos. El ADN viral se integra en células del huésped, específicamente en aquellas con el fenotipo de memoria CD4 +. Este proceso abarca tres fases evolutivas.

2.2.3.1 La fase precoz o aguda⁽³⁵⁾:

Después de un período de varias semanas, con una viremia elevada que disminuye rápidamente debido a la citotoxicidad del sistema inmunológico, alcanzando niveles variables entre los pacientes, lo cual influye en el pronóstico.

Entre las 2 y 10 semanas después de la exposición, se manifiesta un síndrome que se asemeja a la mononucleosis infecciosa. Este síndrome se caracteriza por fiebre, linfadenopatía, odinofagia, cefalea, fotofobia, fatiga,

mialgia y lesiones mucocutáneas, como un exantema predominantemente en el tronco que puede presentarse en forma maculopapular, morbiliforme o urticariante. También pueden observarse manifestaciones de enfermedad neurológica e inmunodeficiencia con infecciones secundarias. Es importante destacar que estos síntomas son similares a los de otras infecciones virales, por lo que el conocimiento de las conductas de riesgo del paciente es esencial para sospechar la infección.

La viremia asociada a la primoinfección por VIH es controlada por la respuesta inmunológica celular y la producción de anticuerpos, lo que lleva a la resolución de los síntomas.

2.2.3.2 Fase intermedia o crónica⁽³⁵⁾:

Aunque los pacientes puedan estar sin síntomas, la replicación del VIH persiste, manifestándose con niveles de viremia intermedios o variables según cada paciente. Este nivel de viremia sirve como indicador pronóstico.

En individuos no tratados, el periodo promedio para desarrollar la fase SIDA tras contraer la infección por VIH es de alrededor de 9 años. Sin embargo, aproximadamente el 5% de las personas infectadas por el VIH no presentan anormalidades ni evidencia de pérdida de células T CD4+ incluso después de 15 años o más; a este grupo se le denomina pacientes no progresores lentos. Durante este período, se observa un aumento en la replicación viral y la infección de otras células, como las células T o CD4+, los macrófagos y las células dendríticas del sistema nervioso. La infección crónica por VIH puede ocasionar síntomas como pérdida de peso, fiebre, linfadenopatía y diarrea.

2.2.3.3 Fase final o de crisis (Estadio 3 o SIDA)⁽³⁵⁾:

La viremia alcanza niveles máximos, los linfocitos T CD4+ disminuyen por debajo de 200 células/ml y surgen complicaciones relacionadas con la inmunodeficiencia. El síndrome de inmunodeficiencia de células T se manifiesta con la aparición de infecciones oportunistas (IO), como la

neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (NPJ), y la aparición de tumores como sarcoma de Kaposi o el linfoma de células T. Asimismo, puede desarrollarse enfermedad neurológica debido a la infección del VIH en macrófagos y células de la microglía en los sistemas nerviosos central y periférico.

Las cifras de linfocitos T CD4+ indican las probabilidades de desarrollar diferentes tipos de IO, como tuberculosis (TB) con presentación pulmonar en niveles más altos de CD4+, y manifestaciones extrapulmonares como la meningitis y la enfermedad miliar cuando los recuentos de CD4+ son más bajos. Niveles de células T inferiores a 100 células/ml se asocian con la meningitis criptocócica, la diseminación por *Mycobacterium avium* y la toxoplasmosis cerebral.

Los tratamientos actuales no logran la cura, pero interrumpen el ciclo biológico del virus, mantienen su control y previenen la transmisión a otras personas. Sin embargo, las mutaciones en el genoma del viral pueden generar resistencia gradual y una creciente ineficacia de la farmacoterapia.

2.2.4 Prevención

La prevención de la infección por VIH requiere estrategias que interrumpan la cadena de transmisión del virus en contextos como las relaciones sexuales, el contacto sanguíneo y el periodo perinatal. Estas estrategias se construyen a partir de datos epidemiológicos sobre la infección, complementados con conocimientos de antropología, sociología y psicología. Estas intervenciones, respaldadas por un enfoque científico, proporcionan la base para el diseño, implementación y evaluación de programas de prevención.⁽³⁴⁾

2.2.4.1 Prevención de la transmisión sexual

Las distintas pautas de prevención ofrecen diferentes tipos de garantía profiláctica:

- Seguridad total. La abstinencia sexual, que incluye relaciones sin penetración, o mantener una relación exclusiva y mutuamente leal con una pareja no infectada al inicio de la relación.
- Cautela razonable. Reducción del número de parejas, evitando relaciones sexuales con desconocidos y abstinencia de relaciones con personas que utilizan drogas por vía intravenosa, además del uso de preservativos.
- Incertidumbre en la seguridad. Participar en relaciones sexuales con alguien cuya serología respecto al VIH es desconocida implica estar, desde una perspectiva epidemiológica, en contacto con todas las personas con las que esa persona haya tenido relaciones en la última década. La combinación de drogas y actividad sexual aumenta la probabilidad de descuidar las medidas preventivas necesarias. Se advierte contra la ingesta de semen y la práctica de actividades sexuales que puedan causar traumatismos. Además, la eficacia del preservativo no es infalible, ya que existe la posibilidad de ruptura, almacenamiento inadecuado o deterioro.

2.2.4.1.1 Profilaxis preexposición

Se ha observado que los medicamentos antirretrovirales (ARV) son altamente efectivos en la prevención del VIH cuando se administran de manera profiláctica a individuos no “infectados” pero en situaciones de riesgo, ya sea antes de la exposición (profilaxis preexposición [PPrE]) o después de la exposición sexual (profilaxis postexposición [PPE]). En el ensayo clínico aleatorizado iPrEx (Iniciativa Profilaxis Pre-Exposición), la administración diaria de una combinación de tenofovir y emtricitabina como PPrE en HSH redujo el riesgo de infección VIH en 44%. Sin embargo, entre los participantes con niveles detectables de tenofovir, la reducción del riesgo fue del 92%. Estudios posteriores utilizando la combinación de tenofovir y emtricitabina también han demostrado una disminución de hasta un 85% en la transmisión del VIH cuando la adherencia es de cuatro o más

comprimidos a la semana. En investigaciones con parejas heterosexuales, se ha observado un alto nivel de protección cuando la adherencia es elevada, mientras que no hay reducción en la infección por VIH cuando la adherencia es baja⁽³⁴⁾.

2.2.4.2 Prevención de la transmisión parenteral⁽³²⁾

La prevención por vía parenteral incluye:

2.2.4.2.1 Prevención en drogadicción

La mayoría de los usuarios de drogas por vía intravenosa adquieren la infección, ya sea al compartir material de inyección o a través de prácticas sexuales, generalmente dentro del primer año. Para estos individuos, la única garantía total se logra abandonando el uso de drogas inyectables, empleando jeringuillas de un solo uso o evitando compartir dicho equipo.

Una medida de seguridad sustancial se puede alcanzar mediante la desinfección previa del equipo de inyección, mientras que la garantía es menos segura al no compartir jeringuillas con personas infectadas por VIH, desconocidos o aquellos que pueden tener otras infecciones de transmisión sexual.

2.2.4.2.2 Prevención en transmisión sanguínea

En la actualidad, esta problemática se encuentra completamente superada gracias a la implementación de exhaustivos controles en la sangre donada y a una rigurosa selección de los donantes. En el caso de los hemoderivados, como los factores de coagulación, se utiliza sangre diluida proveniente de múltiples donantes y se somete el preparado a un tratamiento viricida mediante dos métodos consecutivos, minimizando así la posibilidad de fallos. Este mismo enfoque se aplica en los trasplantes de órganos.

En el proceso de obtención de concentrados del factor VIII, se lleva a cabo una pasteurización durante 10 horas para inactivar el VIH, utilizando detergentes, beta propiolactona y rayos ultravioleta. En el caso de los trasplantes de órganos, se realiza una evaluación exhaustiva de los donantes, analizando los riesgos de infección y estudiando los anticuerpos presentes.

2.2.4.3 Prevención de la transmisión vertical

Cada centro de salud que atiende a mujeres con VIH debe dar prioridad y proveer los siguientes servicios, ajustándolos a su capacidad operativa⁽³⁶⁾:

- a) Ofrecer educación sobre salud y asesoramiento acerca de su estado de salud y derechos en el ámbito sexual y reproductivo, asegurando un trato respetuoso y manteniendo la privacidad del diagnóstico.
- b) Proporcionar asesoramiento en prevención y apoyo, enfocándose especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes.
- c) Dar guía sobre planificación familiar, utilización de anticonceptivos, cómo evitar embarazos no planificados y el uso adecuado y sistemático del preservativo, dirigido a mujeres con VIH en edad reproductiva y a sus parejas.
- d) Cumplir con la legislación actual en el proceso de elección de un método anticonceptivo permanente (esterilización femenina o masculina) por parte de las usuarias y sus parejas.
- e) Asesorar a las mujeres con VIH y a sus parejas que deseen tener hijos sobre los riesgos y ventajas conforme a las directrices actuales para la prevención de la transmisión del VIH, Sífilis y Hepatitis B de madre a hijo.
- f) Proporcionar orientación y consejería sobre salud sexual y reproductiva siguiendo las normativas actuales del ente regulador correspondiente.

- g) En caso de embarazo, utilizar tratamientos antirretrovirales seguros para el feto.
- h) Es esencial que cada embarazada infectada por el VIH disponga de los datos de su carga viral en el último mes de gestación (cuatro semanas antes de la fecha estimada de parto) con el objetivo de determinar el método más adecuado para concluir el embarazo⁽³⁷⁾.
- i) Se optará por la cesárea programada como método de parto en situaciones donde no se hayan obtenido los datos de carga viral con una antelación mínima de cuatro semanas a la fecha prevista de parto, o en casos donde la carga viral exceda las 1,000 copias/ml. Este procedimiento será organizado de manera anticipada⁽³⁷⁾.
- j) Las embarazadas que presenten una carga viral inferior a 1,000 copias/ml a cuatro semanas antes de la fecha estimada de parto, pueden finalizar su embarazo a través del parto vaginal. No obstante, es imprescindible asegurar la administración intravenosa de zidovudina (AZT) en las dosis y durante el periodo especificado previamente, sin importar el régimen antirretroviral que la paciente estuviese siguiendo⁽³⁷⁾.
- k) Postparto, es crucial el seguimiento de niños expuestos a antirretrovirales, siendo los efectos secundarios raros hoy en día.
- l) Se desaconseja la lactancia materna para evitar la transmisión del VIH a través de la leche.
- m) Realizar evaluaciones regulares para la detección precoz de cáncer cervical y de mama, siguiendo las pautas recomendadas.
- n) Asesorar sobre la prevención, detección y tratamiento de otras ITS.
- o) Informar sobre la prevención y los riesgos durante el climaterio.
- p) Implementar un sistema de detección activa de casos de violencia contra la mujer en sus diversas formas, ofreciendo orientación y derivación a centros especializados si es necesario.
- q) Tener en cuenta las circunstancias sociales de las mujeres con VIH para facilitar su asistencia a citas médicas, incluso con hijos pequeños.

- r) Derivar de manera oportuna a las autoridades legales competentes los casos que involucren situaciones sociales, económicas, laborales o conyugales que puedan afectar la adherencia al TARV.

2.2.4.4 Prevención de la transmisión en el contexto de la asistencia sanitaria

La prevención efectiva de la transmisión del VIH en el ámbito sanitario requiere un enfoque multifacético para reducir la frecuencia de exposición laboral a la sangre por parte del personal de salud. Este enfoque debe abarcar sistemas de fabricación de materiales que minimicen la dependencia del uso individual por parte de los trabajadores (como las agujas autorretráctiles), así como normativas y prácticas de seguridad e higiene laboral, equipos de protección personal y programas de información y formación dirigidos a los trabajadores de la salud. Especialmente, la disminución de la incidencia de lesiones percutáneas requiere la producción y promoción de guantes a prueba de pinchazos, junto con el diseño de agujas y otros instrumentos punzantes o cortantes más seguros.

La Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por VIH del año 2020 nos indica⁽³⁶⁾:

- a) En el evento de un accidente laboral que implique contacto con sangre o fluidos corporales sobre heridas abiertas o piel lesionada, el personal médico afectado debe inmediatamente lavar el área con agua y jabón, dejando que la sangre se derrame naturalmente por 2 a 3 minutos, además de lavar las membranas mucosas con agua estéril, limpia o solución salina.
- b) A estos individuos se les debe proporcionar análisis diagnósticos para determinar la presencia de enfermedades preexistentes como sífilis, hepatitis B, hepatitis C y VIH.

- c) En cualquier situación de exposición ocupacional al VIH, es crucial identificar al paciente índice y confirmar su estado serológico de VIH, con el fin de proceder con la profilaxis post-exposición adecuada. Luego, es necesario realizar pruebas serológicas para el VIH a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses después de la exposición.
- d) La profilaxis post-exposición (PPE) para el VIH debe comenzar tan pronto como sea posible, idealmente dentro de las primeras 72 horas después de haber estado expuesto a material infectado o potencialmente infectado.
- e) El régimen de tratamiento antirretroviral (TARV) para la PPE debe incluir una combinación triple de fármacos, eligiendo entre las siguientes opciones:
 - Tenofovir/Lamivudina/Dolutegravir
 - Tenofovir/Emtricitabina + Darunavir + ritonavir
 - Tenofovir/Emtricitabina + Lopinavir/Ritonavir

2.2.5 Tratamiento

Los regímenes de tratamiento antirretroviral (TARV) empleados en pacientes con VIH han resultado en notables disminuciones de la morbilidad y la mortalidad. La elección de medicamentos puede involucrar al menos 25 antirretrovirales disponibles en seis clases principales. En la mayoría de los casos, un régimen de TARV consta de una combinación de dos nucleósidos/nucleótidos y un tercer agente de una clase diferente⁽³⁸⁾.

2.2.5.1 Objetivos del tratamiento

Dado que la erradicación de la infección por VIH con los tratamientos antirretrovirales actuales es impracticable, el objetivo inmediato del TARV es reducir y mantener la carga viral plasmática (CVP) por debajo de 50 copias/mL de ARN-VIH, umbral comúnmente utilizado en la práctica clínica y bajo el cual se minimiza la aparición de mutaciones de resistencia. Sin embargo, este paso es esencial para alcanzar otros objetivos a largo plazo, que incluyen, en orden sucesivo: restablecer y/o preservar la función

inmunitaria, disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas a la inmunodeficiencia celular y la activación inmunitaria crónica en la infección por VIH (objetivo primordial), y mejorar la calidad de vida. Además, otro objetivo de creciente importancia es prevenir la transmisión del VIH⁽³⁹⁾.

2.2.6 Adherencia al tratamiento

La adherencia al TARV resulta esencial para el control de la infección, la reducción de la morbilidad y mortalidad y la minimización del desarrollo de resistencia a la medicación, así como para la eficiencia de las intervenciones de salud pública. Sin embargo, se estima que entre 20% a 50% de quienes se hallan actualmente en tratamiento presentan una adherencia inadecuada al mismo⁽⁴⁰⁾.

En un estudio realizado en nuestro país, en el departamento de Tumbes en el año 2023, se determinó que solo 22 % presenta una adherencia adecuada al TARV y 26% una adherencia estricta⁽⁴¹⁾. Por lo que uno de los objetivos claros en nuestro medio con respecto al abordaje epidemiológico y clínico del VIH-SIDA sería continuar mejorando la adherencia.

Cabe recalcar que el individuo debe ser consciente de la importancia del autocuidado diario, pues su promoción y difusión contribuyen significativamente a minimizar los impactos adversos de su padecimiento. Sin embargo, el paciente reconoce su vulnerabilidad y entiende que la falta de adherencia a su tratamiento representa un desafío que incide negativamente en aspectos económicos, sociales y, primordialmente, en su calidad de vida. La adherencia terapéutica implica el compromiso del paciente con el seguimiento meticuloso del tratamiento, buscando controlar eficazmente el VIH. Los equipos de salud interdisciplinarios deben adoptar una comprensión integral del individuo con VIH, considerando todas sus dimensiones humanas, y apreciando su individualidad y peculiaridad, para así abordar de manera efectiva los retos diarios que enfrenta el paciente: por un lado, el manejo de la enfermedad y, por otro, la adherencia rigurosa al tratamiento y las prácticas de autocuidado necesarias para prevenir infecciones oportunistas. Además, la labor de estos equipos multidisciplinarios debe basarse en un

intercambio constante de saberes científicos, técnicos, humanísticos, así como de experiencias y vivencias personales.⁽⁴²⁾

2.2.7 Factores asociados a la adherencia al TARV

La fidelidad al régimen terapéutico es multifactorial, y desentrañar todos los elementos implicados puede ser un desafío, dado que su manejo debe ser holístico, abarcando al sujeto, a la comunidad y a los sistemas de salud en conjunto. Hay escasas investigaciones focalizadas en los factores vinculados a la adherencia, pero entre estos estudios, se han identificado cuatro categorías principales: características personales (como la edad, sexo, nivel de educación, y el contexto familiar y social), aspectos inherentes a la enfermedad misma, elementos asociados al tratamiento antirretroviral (incluyendo la cantidad de medicamentos utilizados y la posología), y factores ligados a la asistencia sanitaria y al sistema de salud en general.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que hay cinco categorías principales de factores: socioeconómicos, aquellos asociados al paciente, a la enfermedad, al tratamiento, y al sistema de asistencia sanitaria⁽⁴³⁾.

2.2.7.1 Factores socioeconómicos

Incluidos en estos factores se encuentran la escasez de recursos económicos, la disponibilidad de servicios médicos y medicamentos, la falta de educación, la existencia de sistemas de apoyo social efectivos, y la implementación de métodos para ofrecer servicios de salud que respeten las concepciones culturales sobre la enfermedad y su tratamiento.

2.2.7.2 Factores relacionados al paciente

Entre los factores más sobresalientes se encuentran la escasez de recursos, convicciones religiosas, grado de educación, ausencia de reconocimiento del avance en la condición de salud, confianza en el profesional médico, aspiración por manejar la situación, creencia en la capacidad propia para superar dificultades y el estado del bienestar psicológico.

El respaldo social proveniente tanto de la familia como de los amigos constituye una base esencial para el éxito en la adherencia al tratamiento. Esto se debe no solo a su papel en la motivación del paciente, sino también al soporte físico y emocional que ofrecen⁽⁴⁴⁾.

2.2.7.3 Factores relacionados a la enfermedad

Varios factores influyen en la adhesión al tratamiento, incluyendo la intensidad de los síntomas, el nivel de incapacidad (ya sea física, mental o social), el ritmo de avance de la enfermedad y la accesibilidad a terapias efectivas. La manera en que estos aspectos afectan varía según la percepción del riesgo por parte del paciente, el valor otorgado al seguimiento del tratamiento y la importancia dada a mantenerse fiel al régimen terapéutico. La depresión es frecuentemente señalada como una causa de desapego al tratamiento; por lo tanto, ante el menor indicio de esta condición, se recomienda una evaluación psicológica temprana para enfrentarla y atenderla a la brevedad, buscando así mitigar el impacto negativo sobre la adherencia al tratamiento provocado por este estado.

2.2.7.4 Factores relacionados al tratamiento

Entre los más significativos están la complejidad del esquema terapéutico, el tiempo requerido para el tratamiento, experiencias previas de fracasos en tratamientos, ajustes frecuentes en la medicación, los efectos secundarios y la existencia de soporte médico adecuado para manejarlos. La influencia de las características particulares de las enfermedades y sus respectivos tratamientos no supera la de los factores generales que inciden en la adhesión al tratamiento, pero sí alteran cómo estos últimos afectan. Por tanto, es crucial que las estrategias para mejorar la adherencia se personalicen según las circunstancias individuales de cada paciente, con el fin de optimizar su efectividad.

2.2.7.5 Factores relacionados al sistema de asistencia sanitaria

Los elementos vinculados con el sistema de salud pueden tener un impacto adverso en la adherencia al tratamiento. Esto incluye, por ejemplo,

instalaciones de atención médica con infraestructura deficiente y recursos insuficientes, personal médico mal remunerado y sobrecargado de trabajo, lo que resulta en consultas apresuradas y de baja calidad humana y profesional, trabajadores de la salud con formación insuficiente, limitada capacidad del sistema para instruir a los pacientes y ofrecer un seguimiento adecuado en afecciones crónicas, así como una escasez de conocimiento sobre la adherencia y las estrategias efectivas para su mejora.

2.2 Hipótesis de investigación

2.3.1 Hipótesis General

- Existen factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el servicio de CERITS, en el Centro de Salud Caja de agua en el año 2023.

2.3.2 Hipótesis Específica

- Existe asociación entre la orientación sexual y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el servicio de CERITS, en el Centro de Salud Caja de agua en el año 2023.
- Existe asociación entre la baja calidad de vida relacionada a la salud y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el servicio de CERITS, en el Centro de Salud Caja de agua en el año 2023.
- Existe asociación entre el bajo apoyo social y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el servicio de CERITS, en el Centro de Salud Caja de agua en el año 2023.
- Existe asociación entre el no tener un domicilio fijo y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el servicio de CERITS, en el Centro de Salud Caja de agua en el año 2013.
- Existe asociación entre el padecer de alguna morbilidad psíquica y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el servicio de CERITS, en el Centro de Salud Caja de agua en el año 2023.

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA

3.1 Diseño de estudio

- **Tipo de estudio:** Analítico y transversal que colecta las variables a través de una ficha de recolección de elaboración propia y los cuestionarios de : Simplified medication adherence questionnaire (SMAQ) validado en España, cuestionario de apoyo social funcional (Duke-UNC 11), de salud general de Goldberg (GHQ-12) y el índice de calidad de vida de Mezzich y Cohen (CVRS) validados en el Perú.
- **Analítico:** se evaluará la relación entre los factores asociados a la adherencia a tratamiento.
- **Transversal:** las variables fueron medidas en un punto de tiempo específico.

3.2 Población

El presente trabajo tuvo como población a los pacientes que se atienden en el servicio de CERITS del Centro de Salud Caja de agua con historia clínica completa durante el año 2023.

3.3 Muestra

3.3.1 Tamaño muestral

Alvis O et al. en su estudio titulado “Factores no asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados por el VIH - SIDA” a través del análisis bivalente, se identificaron como factores ligados a la falta de adherencia los siguientes: orientación sexual homosexual/bisexual (OR 1,95, IC 95% 1,31-2,89, $p=0,001$), calidad de vida relacionada con la salud percibida como baja (OR 5,84, IC 95% 3,58-9,51, $p<0,001$), insuficiente apoyo social (OR 4,15, IC 95% 2,71-6,35, $p<0,001$), la inestabilidad residencial (OR 1,99, IC 95% 1,32-3,02, $p=0,001$), y la presencia de trastornos psiquiátricos (OR 2,69, IC 95% 1,81-3,99,

p<0,001). Estos hallazgos se utilizaron como base para determinar el tamaño de la muestra del estudio⁽⁴⁵⁾.

Tamaño muestral: transversal, de cohorte, y ensayo clínico			
Nivel de significación de dos lados(1-alpha)			95
Potencia (1-beta,% probabilidad de detección)			80
Razón de tamaño de la muestra, Expuesto/No Expuesto			1
Porcentaje de No Expuestos positivos			31
Porcentaje de Expuestos positivos			46
Odds Ratio:			2
Razón de riesgo/prevalencia			1.5
Diferencia riesgo/prevalencia			16
	Kelsey	Fleiss	Fleiss con CC
Tamaño de la muestra - Expuestos	153	151	164
Tamaño de la muestra- No expuestos	153	151	164
Tamaño total de la muestra	306	302	328
Referencias			
Kelsey y otros, Métodos en Epidemiología Observacional 2da Edición, Tabla 12-15			
Fleiss, Métodos Estadísticos para Relaciones y Proporciones, fórmulas 3.18&, 3.19			
CC= corrección de continuidad			
Los resultados se redondean por el entero más cercano			
Imprima desde el menú del navegador o seleccione copiar y pegar a otros programas.			
Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSCohort			
Imprimir desde el navegador con ctrl-P			
o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa			

El tamaño de la muestra fue hallado a través de la calculadora SSCohort de Open Epi, con un nivel de confianza de 95%, potencia de 80%, razón de no expuesto a expuestos de 1.0 y porcentaje de no expuestos positivos de 5%. Para los cuales se obtuvo muestras para los factores de orientación sexual, baja calidad de vida relacionada a la salud, bajo apoyo social, no tener un domicilio fijo y padecer de alguna morbilidad psíquica en 328, 54, 80, 306 y 158 respectivamente. Por lo cual, se eligió el total de 328 pacientes.

3.3.2 Tipo de muestreo

Se aplicó un muestreo no aleatorio por conveniencia, para la selección de pacientes que acudirán al servicio del CERITS del Centro de Salud Caja de Agua. Se elige este tipo de muestreo debido a que no se cuenta con la suficiente cantidad de pacientes como para poder aleatorizar.

3.3.3 Criterios de selección de la muestra

3.3.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes que se encuentran en el programa CERITS del Centro de Salud Caja de Agua
- Pacientes que completen los cuestionarios en su totalidad
- Pacientes que firmen el consentimiento informado
- Tener como mínimo seis meses de TARV.

3.3.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes que no completen el cuestionario en su totalidad

3.4 Variables del estudio

3.4.1 Operacionalización de variables

Identificación de la variable	Definición conceptual de la variable	Definición operacional de la variable	Clasificación de la variable		
			Dependiente o independiente	Cuantitativa o cualitativa	Nominal, ordinal, discreta, continua
Adherencia al tratamiento	Toda persona que sigue un plan de tratamiento, significa tomar sus medicamentos diariamente, a la hora indicada, las dosis indicadas y las recomendaciones adicionales relacionadas con la dieta y los estilos de vida	Pacientes que en la SMAQ de cualquier respuesta referida al incumplimiento se tomará como no adherencia	Dependiente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Edad	Tiempo que ha vivido una "persona" en números enteros	Años de vida reportados en su documento de identidad	Independiente	Cuantitativa	Discreta

Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Cualidad orgánica que diferencia hombres de mujeres reportada en su documento de identidad.	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Orientación sexual	Atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros	Sexo por el cual se encuentra atraído reportado en la encuesta.	Independiente	Cualitativa	Nominal politómica
Estado civil	Vínculo establecido entre dos personas	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o "no pareja reportada" en la encuesta.	Independiente	Cualitativa	Nominal politómica
Grado de instrucción	Años aprobados en la escuela, colegio, universidad	Nivel más alto de educación alcanzado o actualmente en progreso, sin considerar si se ha completado, según se reportó en la encuesta.	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Situación laboral	Estatus empleado o desempleado	Situación laboral que reporta el paciente en la encuesta	Independiente	Cualitativa	Nominal politómica
Domicilio fijo	Lugar permanente donde habita el paciente en la actualidad.	Datos que brinda el paciente en el cuestionario	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica

Calidad de vida relacionada a la salud	Manera en que una persona se ve a sí misma dentro del mundo, influenciada por la cultura y los valores del entorno en el que reside, y cómo esto se relaciona con sus metas, esperanzas, estándares, y preocupaciones personales.	Índice de calidad de vida de Mezzich y Cohen definiéndose en nivel bajo de calidad de vida un puntaje de 10 a 60 y nivel alto de calidad de vida un puntaje de 60 a 100.	Independiente	Cuantitativa	Discreta
Apoyo social	La oportunidad de interactuar con individuos dispuestos a expresar amor, afecto y empatía.	El cuestionario Duke-UNC-11 para el apoyo social funcional establece el límite para "apoyo social bajo" en una calificación de 32 o menos.	Independiente	Cuantitativa	Discreta
Morbilidad psíquica	Manifestación de síntomas emocionales, salud mental o condiciones psiquiátricas frecuentes (tales como depresión, ansiedad, dificultades en las relaciones sociales, disminución de la confianza y/o autovaloración).	El formulario de evaluación de salud general de Goldberg establece que una puntuación de 3 o superior indica la existencia de trastornos psicológicos.	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Consumo de drogas en los últimos meses	Consumo de drogas ilícitas, el cual está regulado por las leyes y normas nacionales.	Ingesta de sustancias reportada por el encuestado.	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Sintomas y/o molestias en el último mes	Reacciones producidas por los medicamentos	Reacciones adversas referidas por el paciente.	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica

Tiempo de tratamiento	Lapso transcurrido desde el inicio del tratamiento antirretroviral hasta el momento del estudio.	Tiempo recibiendo TARV reportado en la encuesta.	Independiente	Cuantitativa	Continua
Sifilis	Infección curable causada por una bacteria llamada <i>Treponema pallidum</i> . Se transmite por vía sexual	PVV con diagnóstico de sífilis mediante Prueba de tamizaje no treponémica RPR positivo.	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica
Hepatitis B	La hepatitis B es una infección hepática potencialmente mortal causada por el virus de la hepatitis B (VHB). Constituye un importante problema de salud a nivel mundial.	PVV con prueba Antígeno de superficie de Hepatitis B positivo	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica

3.5 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Para determinar la adherencia al tratamiento, se empleó el cuestionario SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) junto con la información recabada de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio del CERITS en el Centro de Salud Caja de Agua a través de una ficha de recolección de datos de elaboración propia. Este cuestionario SMAQ validado en pacientes infectados por VIH en la población española ⁽⁴⁶⁾, presenta 72% de sensibilidad y 91% de especificidad, con un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach fue de 0,75. Se compone de seis ítems de elección fija que permiten evaluar el nivel de adherencia, trata de un cuestionario de tipo dicotómico, donde cualquier indicación de falta de adherencia se interpretó como no adherencia por parte del participante. Para medir el apoyo social, se recurrió al Cuestionario de Apoyo Social Funcional de Duke-UNC-11 validado en nuestro país por Pérez et al⁽⁴⁷⁾ con confiabilidad por consistencia interna, al reportar valores por encima de 0.70 en los coeficientes Alfa ($\alpha=.833$) y Omega ($\omega=.841$), este cuestionario incluye 11 ítems diseñados para

apreciar el apoyo social funcional o cualitativo percibido, como la disponibilidad de personas para comunicarse y recibir afecto, amor y empatía. Los ítems se califican según una escala de frecuencia de 1 “mucho menos de lo que deseo” a 5 “tanto como deseo”, sumando las respuestas para obtener una puntuación total, con un umbral para determinar ‘bajo apoyo social’ establecido en una puntuación de 32 o menos. La presencia de morbilidad psíquica se evaluó mediante el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) validada en el Perú por Chávez et al⁽⁴⁸⁾, con una consistencia interna global con el omega de McDonald fue adecuada ($\omega = 0,853$), así como el alfa ordinal para disforia general (0,919) y disfunción social (0,828). Este cuestionario fue diseñado para identificar síntomas emocionales, bienestar psicológico o trastornos mentales comunes como ansiedad y depresión, disfunción social, y pérdida de confianza y autoestima, a través de 12 ítems de tipo Likert de cuatro opciones. Se asignó un valor de 0 (para las respuestas 1 y 2) o 1 (para las respuestas 3 y 4), considerando una puntuación de 3 o más como indicativa de morbilidad psíquica. Para la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), se utilizó el Índice de Calidad de Vida de Mezzich y Cohen, validado en Perú, con un coeficiente de correlación de alta fiabilidad ($r = 0,94$) y un alto Cronbach a (0,88)⁽⁴⁹⁾ consistente en 10 ítems que valoran el bienestar físico, psicológico, emocional y la calidad de vida en general. Esta variable se mide de forma cuantitativa, con puntuaciones que van de 10 a 100, definiendo un nivel de calidad de vida bajo con puntuaciones de 10 a 60 y un nivel alto de 60 a 100. Se formularon además preguntas específicas para recabar datos sobre sexo, edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, residencia, consumo de sustancias, orientación sexual, síntomas o problemas relacionados con el tratamiento y razones para la no adherencia. Con base en estos instrumentos y las preguntas formuladas, se diseñó una herramienta estructurada que se dividió en las secciones mencionadas.

- Preguntas 1 al 9, 11 y 12: preguntas que han sido elaboradas por el grupo investigador y que evaluaban sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, domicilio fijo, uso de drogas, orientación sexual, efectos adversos y motivos de cumplimentación incorrecta.

- Pregunta 10: correspondieron al cuestionario de adherencia SMAQ.
- Pregunta 13: correspondieron al cuestionario de apoyo social funcional de Duke, que evalúa el apoyo social.
- Pregunta 14: correspondió al cuestionario de salud general de Goldberg, para evaluar síntomas emocionales, bienestar psicológico o trastornos mentales comunes en la población general
- Pregunta 15: corresponde al índice de calidad de vida, que evaluaba calidad de vida relacionada a la salud.

3.6 Procesamiento de datos y plan de análisis

Los datos recopilados se introdujeron en una base de datos utilizando Excel y, a continuación, se analizaron mediante el software estadístico Stata versión 14. Este proceso incluyó la evaluación tanto de variables cuantitativas como cualitativas.

Para investigar la relación entre variables independientes (factores asociados) y variables dependientes (adherencia al tratamiento), se efectuó un análisis bivariado, utilizando la prueba de Chi cuadrado de Pearson para las variables categóricas. Para determinar la magnitud de la relación, se estimaron las razones de prevalencia (RP) brutas. Posteriormente, aquellas variables que mostraron ser significativas en el análisis bivariado se incluyeron en un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta para calcular las razones de prevalencias ajustadas (RPas) y sus respectivos intervalos de confianza. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Todos estos cálculos se realizaron manteniendo un nivel de confianza del 95%.

3.7 Aspectos éticos de la investigación

El presente estudio cuenta con la autorización del comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, así mismo se solicitó el permiso al Centro de Salud Caja de Agua. En relación a los datos personales de

los pacientes encuestados, como el nombre u otros datos de identificación, estos no fueron recabados ya que se trabajaron mediante códigos, preservando la confidencialidad de cada participante. Adicionalmente, se contó con el consentimiento informado en todos los casos.

El presente trabajo de investigación no atenta contra la dignidad de los participantes, los cuales no se encontraron sujetos a ningún riesgo en ningún momento durante el estudio. Finalmente, el presente proyecto de investigación no atenta contra los derechos fundamentales del ser humano estipulados en la declaración de Hellsinki.

3.8 Limitaciones de la investigación

La limitación con mayor importancia fue la fidelidad y veracidad de los datos por ser un trabajo con componente subjetivo. Otra limitación es la posible pérdida de información en aquellos pacientes que no brindaron su consentimiento informado para el estudio o que dejaron cuestionarios incompletos por falta de tiempo o diversos motivos personales.

Una limitación adicional es que la conexión temporal entre la exposición y su resultado se evalúa simultáneamente en un solo periodo, lo que impide establecer una secuencia temporal clara.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

Se encuestó a 445 PVV, de los cuales se excluyó a 10, debido al llenado inadecuado de las encuestas, así como también se eliminaron aleatoriamente 108 encuestas para cumplir con el tamaño muestral de los no expuestos obteniéndose así 328 encuestas. El 85,7% de las PVV eran de sexo masculino, la edad promedio fue 31 años, el estado civil soltero fue el más frecuente (72,3 %), el grado de instrucción superior fue el de mayor porcentaje (51,2 %), el 24,7% se encontraba desempleado y 8,8 % de los encuestados carecía de domicilio fijo. En relación a la orientación sexual, 51,5% correspondió a homosexuales. A lo largo del tratamiento concomitantemente el 43,6% presentó sífilis y el 3,4% presentó hepatitis B (Tabla 1).

Al evaluar la CVRS con el Índice de calidad de vida, 21,3% de los encuestados tenía un nivel bajo de calidad de vida. Según el cuestionario de apoyo social funcional de Duke, 33,5 % presentó apoyo social bajo. Al evaluar la morbilidad psíquica con el cuestionario de salud general de Goldberg, se encontró que estaba presente en 43,3% de los encuestados. El 12,2% de encuestados refirieron haber consumido algún tipo de droga en los últimos seis meses. Respecto a la presencia de síntomas o molestias en el último mes, solo el 4% mencionó haberlos tenido. El resto de características se pueden observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de los pacientes viviendo con VIH-SIDA en el CS Caja de Agua durante el año 2023.

	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia		
Sí	120	36,6%
No	208	63,4%
Sexo		
Masculino	281	85,7%
Femenino	47	14,3%
Edad (años)**	31	26-37,5

Estado Civil		
Soltero	237	72,3%
Conviviente	80	24,4%
Viudo	11	3,4%
Grado de Instrucción		
Superior	168	51,2%
No superior	160	48,8%
Situación Laboral		
Empleado	239	72,9%
Desempleado	81	24,7%
Estudiante	8	2,4%
Orientación Sexual		
Heterosexual	84	25,6%
Homosexual	169	51,5%
Transexual	68	20,7%
Bisexual	7	2,13%
Domicilio fijo		
Sí	299	91,2%
No	29	8,8%
Tiempo de tratamiento (meses)**	25	18,5-62
Consumo de drogas		
Sí	40	12,2%
No	288	87,8%
Malestar con tratamiento		
Sí	13	4%
No	315	96%
Información recibida es adecuada		
Sí	290	88,4%
No	38	11,6%
Hepatitis B		
Sí	11	3,4%
No	317	96,6%
Sífilis		
Sí	143	43,6%
No	185	56,4%
Cuestionario Duke		
No bajo apoyo social	218	66,5%
Bajo apoyo social	110	33,5%
Puntaje cuestionario Duke (apoyo social)**	39	29-46
Cuestionario GHQ		

Morbilidad psíquica	142	43,3%
No morbilidad psíquica	186	56,7%
Puntaje cuestionario GHQ (morbilidad psíquica)**	2	0-5
Cuestionario MQLI		
Nivel alto de calidad de vida	258	78,7%
Nivel bajo de calidad de vida	70	21,3%
Puntaje cuestionario MQLI (calidad de vida)**	77	59-88

** Mediana y rango intercuartílico

Al evaluar la adherencia, el 36,6 % de los encuestados resultó ser adherente al tratamiento antirretroviral; se observó que en el análisis bivariado, los factores asociados a la adherencia estadísticamente significativos fueron: edad (años) ($p=0,001$), orientación sexual ($p=0,013$), consumo de drogas (0,026), malestar con tratamiento ($p=0,036$) y apoyo social ($p=0,004$). Con respecto a la preferencia sexual, se observó que 48,8%, 29%, 41,2%, 28,6% de heterosexuales, homosexuales, transexuales y bisexuales fueron adherentes al tratamiento respectivamente. Estos pacientes presentaron una edad promedio mayor que los pacientes encontrados no adherentes [(34 años, RIC (27-40) vs 29 años RIC (26-36)] ($p=0,019$), tenían un menor tiempo recibiendo el tratamiento comparado con el grupo no adherente [(22 meses, RIC (18-66) vs 25 meses (18-66)]; sin embargo, esta última diferencia no fue significativa ($p=0,711$). Resultaron adherentes al tratamiento el 34,4 % de los que no consumían droga, el 37,8 % que no presentaron malestar al tomar el medicamento y el 31,2% de los pacientes que contaban con apoyo social. Los demás factores asociados en el análisis bivariado se pueden ver en la Tabla 2.

Tabla 2. Análisis bivariado de factores asociados a la adherencia al tratamiento en paciente viviendo con VIH-SIDA en el Cs Caja de Agua en el año 2023

	Adherencia		Total	Valor p
	Si (n=120)	No(n=208)		
Sexo				
Masculino	101 (35,9 %)	180 (64,1%)	281	0,555*
Femenino	19 (40,4%)	28 (59,6%)	47	
Edad (años)**	34 (27-40)	29 (26-36)	31 (26-37,5)	0,0011
Estado Civil				
Soltero	81(34,2%)	156(65,8%)	237	0,107*
Conviviente	32 (40%)	48 (60%)	80	
Viudo	7 (63,6%)	4 (36,4%)	11	

Grado de Instrucción				
Superior	64 (38,1)	104 (61,9%)	168	0,561*
No superior	56 (35)	104 (65%)	160	
Situación Laboral				
Empleado	90 (37,7%)	149 (62,3%)	239	0,697*
Desempleado	28 (34,6%)	53 (65,4%)	81	
Estudiante	2 (25%)	6 (75%)	8	
Orientación Sexual				
Heterosexual	41 (48,8%)	43 (51,2%)	84	0,013*
Homosexual	49 (29%)	120 (71%)	169	
Transexual	28 (41,2%)	40 (58,8%)	68	
Bisexual	2 (28,6%)	5 (71,43%)	7	
Domicilio fijo				
Sí	105 (35,1%)	194 (64,9%)	299	0,076*
No	15 (51,7%)	14 (48,3%)	29	
Tiempo de tratamiento (meses)**	22 (18-66)	25 (18-66)	25 (18,5-62)	0,711
Consumo de drogas				
Sí	21 (52,5%)	19 (47,5%)	40	0,026*
No	99 (34,4%)	189 (65,6%)	288	
Malestar con tratamiento				
Sí	1 (7,7%)	12 (92,3%)	13	0,036
No	119 (37,8%)	196 (62,2%)	315	
Información recibida es adecuada				
Sí	107 (36,9%)	183 (63,1%)	290	0,747*
No	13 (32,2%)	25 (65,8%)	38	
Hepatitis B				
Sí	2 (18,2%)	9 (81,8%)	11	0,340
No	118 (37,2%)	199 (62,8%)	317	
Sífilis				
Sí	57 (39,7%)	86 (60,1%)	143	0,279*
No	63 (34,1%)	122 (66%)	185	
Cuestionario Duke				
No bajo apoyo social	68 (31,2%)	150 (68,8%)	218	0,004*
Bajo apoyo social	52 (47,3%)	58 (52,7%)	110	

Cuestionario GHQ				
Morbilidad psíquica	47 (33,1%)	95 (66,9%)	142	0,252*
No morbilidad psíquica	73 (39,3%)	113 (60,8%)	186	
Cuestionario MQLI				
Nivel alto de calidad de vida	88 (34,1%)	170 (65,9%)	258	0,074*
Nivel bajo de calidad de vida	32 (45,7%)	38 (54,3%)	70	

*Valor de p realizado por chi2 ** Mediana, rango intercuartílico y valor p realizado por U de Mann -Whitney

Respecto a los factores que dificultarían una adherencia adecuada al tratamiento, se encontró que el 39% del grupo de homosexuales eran no adherentes al tratamiento, esta relación se mantuvo en el multivariado. De la misma forma ocurre con la presencia de malestar con el tratamiento manteniéndose en el multivariado. Los factores asociados a la no adherencia que se encontraron estadísticamente significativos “solamente en el análisis multivariado” fueron: ser transexual, ser bisexual, presentar hepatitis y el tener un bajo nivel de calidad de vida. Los demás factores asociados en el análisis bivariado y multivariado se pueden ver en la Tabla 3.

Tabla 3. Análisis bivariado y multivariado de factores que dificultan una adherencia adecuada al tratamiento en pacientes viviendo con VIH-SIDA en el Cs Caja de Agua en el año 2023

	RP(IC 95%)	Valor p	RPa(IC 95%)	Valor p
Sexo				
Masculino	1,08 (0,84-1,38)	0,572	0,91 (0,62-1,31)	0,601
Femenino	Ref	Ref	Ref	Ref
Edad (años)**	0,99(0,98-1,00)	0,038	0,99 (0,98-1,00)	0,114
Estado Civil				
Soltero	1,097(0,897-1,342)	0,367	1,12 (0,89-1,41)	0,317
Conviviente	Ref	Ref	Ref	Ref
Viudo	0,61 (0,27-1,35)	0,222	0,63 (0,27-1,50)	0,301
Grado de Instrucción				
Superior	Ref	Ref	Ref	Ref
No superior	1,05(0,89-1,24)	0,561	1,07 (0,89-1,28)	0,468
Situación Laboral				

Empleado	Ref	Ref	Ref	Ref
Desempleado	1,05 (0,87-1,27)	1,050	1,13 (0,93-1,39)	0,226
Estudiante	1,20 (0,80-1,82)	0,380	1,02 (0,67-1,56)	0,926
Orientación Sexual				
Heterosexual	Ref	Ref	Ref	Ref
Homosexual	1,39 (1,10-1,75)	0,005	1,52 (1,07-2,14)	0,019
Transexual	1,15 (0,86-1,53)	0,346	1,61 (1,12-2,34)	0,011
Bisexual	1,40 (0,84-2,33)	0,204	1,73 (1,06-2,84)	0,030
Domicilio fijo				
Sí	Ref	Ref	Ref	Ref
No	0,74 (0,51-1,10)	0,134	0,92 (0,56-1,53)	0,761
Tiempo de tto (meses)**	1,00 (1,00-1,00)	0,060	1,00 (1,00-1,00)	0,358
Consumo de drogas				
Sí	0,72 (0,52-1,01)	0,060	0,71 (0,49-1,02)	0,063
No	Ref	Ref	Ref	Ref
Malestar con tratamiento				
Sí	1,48 (1,24-1,78)	<0,001	1,41 (1,03-1,92)	0,032
No	Ref	Ref	Ref	Ref
Información recibida es adecuada				
Sí	Ref	Ref	Ref	Ref
No	1,04(0,82-1,33)	0,740	1,13 (0,85-1,51)	0,391
Hepatitis B				
Sí	1,30 (0,97-1,74)	0,075	1,90 (1,12-3,23)	0,017
No	Ref	Ref	Ref	Ref
Sífilis				
Sí	0,91 (0,77 -1,08)	0,286	0,85 (0,72-1,01)	0,058
No	Ref	Ref	Ref	Ref
Cuestionario Duke				
No bajo apoyo social	Ref	Ref	Ref	Ref
Bajo apoyo social	0,77 (0,63-0,94)	0,009	1,33 (0,97-1,81)	0,072
Cuestionario GHQ				
Morbilidad psíquica	1,10 (0,94 -1,30)	0,248	0,80 (0,53-1,21)	0,293
No morbilidad psíquica	Ref	Ref	Ref	Ref

Cuestionario MQLI				
Nivel alto de calidad de vida	Ref	Ref	Ref	Ref
Nivel bajo de calidad de vida	0,82 (0,65-1,04)	0,103	0,55 (0,37-0,83)	0,005

RP: Razón de prevalencia cruda ; RPa: Razón de prevalencia ajustada ; IC 95%: Intervalo de confianza del 95%

5.2 Discusión

La presente tesis muestra que existe un bajo nivel de adherencia con el TARV en PVV del Centro de Salud Caja de Agua. La orientación bisexual, transexual y homosexual, el malestar con el tratamiento, la coinfección con hepatitis B y el bajo nivel de calidad de vida constituyeron factores asociados a no adherencia con el tratamiento siendo la coinfección con hepatitis B el principal factor asociado.

El estudio realizado sobre los factores asociados a la adherencia al tratamiento en PVV en el Centro de Salud Caja de Agua, durante el año 2023, se encontró que la prevalencia de adherencia al TARV fue 36,6% es inferior a lo reportado en estudios internacionales pero, que supera los resultados de investigaciones previas realizadas en nuestro país como el de Barrera et al⁽²³⁾ y Baldeón et al⁽²⁹⁾ donde los porcentajes de adherencia fueron 19,7 % y 17,0% respectivamente. Esta mayor adherencia en comparación con los estudios nacionales sugiere que las estrategias implementadas podrían haber tenido algún nivel de efectividad. No obstante, es necesario reforzar estas acciones para lograr un avance más significativo, comparado con estudios internacionales, como los realizados por Sánchez et al⁽⁵⁰⁾ y Pérez et al⁽⁵¹⁾.

En esta investigación se encontró asociación entre la falta de adherencia y ser bisexual, transexual y homosexual, relación que persistió incluso tras realizar un análisis multivariable. Esto sugiere que más de la mitad de los individuos homosexuales interrumpen el tratamiento en comparación con aquellos de distintas orientaciones sexuales. Este hallazgo contrasta con los resultados obtenidos por Ipanaque C⁽²⁶⁾ en el año 2020, quien no identificó asociación entre la orientación

sexual y la no adherencia, discrepancia que podría explicarse por la predominancia de participantes heterosexuales en dicho estudio. Cabe resaltar que no se ha identificado estudios nacionales o internacionales que evalúen las orientaciones bisexual y transexual con la adherencia al tratamiento por lo que no se ha podido realizar comparaciones. Estos hallazgos encuentran apoyo en la literatura, que sugiere que factores como el estrés de minoría (incluyendo la violencia, discriminación, y la homofobia internalizada) entre la población homosexual podrían contribuir a una menor adherencia al tratamiento antirretroviral. La homofobia internalizada, al promover el auto-rechazo, temor al ostracismo social, baja autoestima, aislamiento, comportamientos autodestructivos y un estado anímico adverso pueden resultar en una adherencia reducida. Es importante destacar que a menudo los pacientes revelan sin reservas su orientación sexual, aunque algunos pueden preferir no admitir diferencias con respecto a la heterosexualidad⁽⁵³⁾.

Los estudios revisados sugieren que el malestar con el tratamiento, posiblemente por sus efectos adversos, constituye un factor asociado a la falta de adherencia. Una proporción significativa de pacientes opta por abandonar la medicación para evitar los efectos negativos que estas reacciones adversas les ocasionan, sin importar su importancia clínica. En esta investigación, a través de un análisis multivariado encontró que aquellos que experimentan malestar debido al tratamiento son un 41% más propensos a no seguirlo comparados con quienes no experimentan dicho malestar. Este hallazgo es consistente con el estudio de Ipanaque C⁽²⁶⁾ y Leyva et al⁽⁵⁴⁾ en nuestro país. A nivel internacional, las investigaciones de Urizar et al⁽¹⁶⁾ en Paraguay y Pérez et al en Cuba corroboran estos resultados, al identificar igualmente que el malestar con el tratamiento incrementa el riesgo de no adherencia. No obstante, esto contrasta con los resultados de Machado en Ecuador, donde no se observó asociación entre el malestar con el tratamiento y la no adherencia, una discrepancia que podría atribuirse al uso de una muestra más amplia y a un mayor porcentaje de pacientes sin malestar reportado en el estudio. Sin embargo, Ipanaque et al y Machado autores solo realizaron análisis bivariado a diferencia de esta tesis que realizó análisis multivariable.

La calidad de vida se comprende como un concepto holístico influenciado por una variedad de factores, incluyendo el bienestar psicológico (sentimientos, pensamientos, creencias y valores), la condición física, y aspectos psicosociales tales como las condiciones del sistema de salud, el nivel socioeconómico y la existencia de redes de apoyo social. Estos elementos colectivamente contribuyen al grado de satisfacción personal que conlleva a un nivel alto de calidad de vida, según señala la literatura, una adherencia deficiente al tratamiento está asociada con una baja calidad de vida⁽⁵⁶⁾. Lo cual es corroborado con lo descrito por Salgado et al⁽¹⁹⁾ y el presente estudio, ya que, en el análisis multivariado se encontró una relación estadísticamente significativa entre el bajo nivel de calidad de vida y la no adherencia.

Se encontró asociación entre la coinfección por hepatitis B y la falta de cumplimiento con el tratamiento. Esto sugiere que individuos con reactividad a la hepatitis B tienen un 90% más de riesgo de incumplir con el tratamiento. La coinfección por VIH y el virus de la hepatitis B (VHB) se presenta en cerca del 10% de los individuos infectados por el VIH. Debido a que ambos virus se transmiten de manera similar, es común que ocurra la coinfección. Adicionalmente, ambos virus comparten características como la utilización de la transcriptasa inversa para su replicación, la propensión a generar infecciones crónicas que suelen ser complejas de manejar y una elevada capacidad de mutación genómica, que facilita el rápido surgimiento de variantes mutantes, algunas de las cuales muestran resistencia a los antivirales de uso general⁽⁵⁷⁾.

El estudio muestra que existe una alta tasa de coinfección con sífilis siendo esta de 43,6%. Esto se explica en que tanto el VIH como la sífilis se transmiten principalmente a través del contacto sexual sin protección, además que el VIH debilita el sistema inmunológico, lo que puede hacer que los individuos sean más susceptibles a otras infecciones, la presencia de úlceras genitales causadas por la sífilis puede aumentar tanto el riesgo de adquirir el VIH en personas no infectadas como de transmitir el VIH en personas ya infectadas, debido a que las úlceras proporcionan una puerta de entrada o salida para el virus⁽⁵²⁾. Para abordar la alta

tasa de coinfección de sífilis en PVV, es esencial mejorar las estrategias de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento efectivo, enfocándose en la educación sexual integral, el acceso equitativo a los servicios de salud, y la reducción del estigma y discriminación que enfrentan las poblaciones más vulnerables al VIH-SIDA.

A diferencia de otras investigaciones, el estudio no encontró evidencias de que el nivel educativo esté vinculado a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, hallazgo que concuerda con la investigación de Granda et al. No obstante, este resultado contrasta con lo reportado por Sánchez et al. en su investigación mixta de diseño secuencial realizada en España, la cual sugiere que los individuos con educación superior tienen una menor tendencia a la no adherencia al tratamiento. La explicación de esto último se debe a que la población encuestada solo fue del género femenino, además que los resultados del cuestionario SMAQ fueron ratificados según la información de farmacia, lo cual no sucedió en nuestro estudio.

No se hallaron pruebas contundentes que vinculen el incumplimiento del tratamiento con el diagnóstico de trastornos psíquicos, ni se observó correlación alguna con el tiempo de duración del tratamiento. Este resultado concuerda con el estudio realizado por Machado en Ecuador. Una posible explicación es que los pacientes que padecen trastornos psíquicos generalmente participan en programas que incluyen apoyo psicológico y están sometidos a un seguimiento más riguroso. Por lo tanto, la existencia de trastornos psíquicos no se identifica como un factor que impida la correcta adhesión al tratamiento.

Una limitación fundamental de este estudio es su naturaleza de corte transversal, la cual no permite establecer una conexión causal directa entre los factores examinados y la adherencia al tratamiento. También hay que tener en cuenta que en personas con enfermedades sujeto a estigmatización muchas veces no responden verazmente u ocultan información en las encuestas. Adicionalmente, al considerar investigaciones que involucran a pacientes con VIH, es crucial tener en

cuenta la diversidad significativa entre estos, lo que sugiere que los hallazgos presentados aquí podrían no ser aplicables a poblaciones distintas.

Por último, la falta de uso de un método de muestreo probabilístico limita la capacidad de extrapolar los hallazgos de este estudio a la población general. Dado que la selección de participantes no se realizó de manera aleatoria, no es posible garantizar que las características de la muestra sean un reflejo fiel de las de la población objetivo. Esta situación disminuye la validez externa de la investigación y puede introducir un sesgo de selección, con la posible sobre o subrepresentación de ciertos segmentos de la población. Al no aplicar un diseño de muestreo probabilístico, se pierde la posibilidad de estimar con precisión la incertidumbre en los resultados, restringiendo la generalización de las conclusiones obtenidas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Basado en los hallazgos del estudio, se llega a las siguientes conclusiones:

1. La orientación bisexual, transexual y homosexual constituyen factores asociados a mala adherencia al tratamiento antirretroviral en PVV del Centro de Salud Caja de Agua, del servicio del CERITS durante el año 2023.
2. El malestar con el tratamiento constituye factor asociado a mala adherencia al tratamiento antirretroviral en PVV del Centro
3. La coinfección con el virus de la hepatitis B constituye el principal factor asociado a mala adherencia al tratamiento antirretroviral en PVV del Centro de Salud Caja de Agua, del servicio del CERITS durante el año 2023.
4. El nivel bajo de calidad de vida constituye factor asociado a mala adherencia al tratamiento antirretroviral en PVV del Centro de Salud Caja de Agua, del servicio del CERITS durante el año 2023.

7.2 Recomendaciones

1. Se recomienda que el servicio CERITS del Cs Caja de Agua implemente tácticas para optimizar la adherencia terapéutica a la brevedad, considerando la elevada frecuencia de falta de adherencia en su población. Esto debería comenzar con la creación de un mecanismo de monitoreo y supervisión que promueva y eduque al paciente acerca de la importancia de seguir adherido al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), a pesar de la duración extendida del tratamiento y los posibles efectos adversos que puedan surgir asociados a él.
2. Igualmente, se aconseja brindar a cada paciente un programa educativo a todo paciente que inicie o cambie su TARV un programa de educación. Este debe ser implementado por profesionales de la salud con calificación y experiencia en el manejo de pacientes con VIH, un conocimiento profundo en

farmacoterapia y habilidades de comunicación de alto nivel. La finalidad es garantizar que el paciente obtenga información exhaustiva y directrices, tanto oralmente como por escrito, acerca de los medicamentos que integran su TARV. Los profesionales encargados de prescribir y dispensar el tratamiento deben esforzarse por entender el modo de vida, los horarios y las rutinas diarias del paciente para así diseñar un plan de tratamiento farmacológico personalizado.

3. Se debe implementar dentro de las estrategias talleres que aborden problemáticas como la discriminación, en los grupos de mayor riesgo (HSH y mujere transgénero) los cuales les ayude y/o permita enfrentar el estigma interno y externo relacionado con al vivir con VIH-SIDA. Del mismo modo, diseñar formas creativas de combatir los efectos relacionados con el estigma y en consecuencia mejorar la calida de vida y/o adherencia al tratamiento.
4. Debido a la alta tasa de coinfección con sífilis, resulta de vital importancia reforzar el sistema de las 4C (consejería, condones, contactos y cumplimiento de tratamiento). Se debe promover las prácticas sexuales seguras e información acerca de los factores de riesgo.
5. Es esencial incorporar programas de apoyo psicosocial como parte de una intervención socioeducativa. Estos programas, a través de la orientación y mediación, deben estimular y respaldar al paciente en la reestructuración de sus recursos y prioridades con respecto a instituciones y redes de soporte, promoviendo así su integración en la sociedad. Además, deben abordar situaciones de vulnerabilidad vinculadas a la pobreza, asistiendo en la organización efectiva de los distintos recursos provistos por otros programas y servicios. El objetivo es integrar y optimizar estos recursos en beneficio del individuo, su familia y la comunidad.
6. Al evidenciar que existe cierto nivel de estigma externo que involucra al personal de salud frente a pacientes vulnerables, se recomienda iniciar talleres y capacitaciones para mejorar el trato hacia el paciente. Así midmo, se debe supervisar de manera improvisada para ver que se cumpla con una atención de calidad.

7. Es fundamental que el Ministerio de Salud reconozca la no adherencia al TARV como una cuestión de ineficacia en la salud pública, dado que obstaculiza la obtención de resultados clínicos efectivos con los recursos disponibles, que representan un costo anual significativo para la nación.
8. La Facultad de Medicina de la URP tiene la responsabilidad de extender sus investigaciones a otros centros hospitalarios de la región y, de ser factible, a distintas urbes dentro de la nación, considerando la limitada cantidad de estudios disponibles sobre un asunto de tal relevancia y urgencia en los tiempos actuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. VIH y sida [Internet]. 2023 [citado el 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. OPS. VIH/SIDA [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado el 8 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9573:2019-factsheet-hiv-aids&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
3. Sidibé M, Loures L, Samb B. The UNAIDS 90–90–90 target: a clear choice for ending AIDS and for sustainable health and development. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):21133. doi:10.7448/IAS.19.1.21133
4. Imprep. Norma Técnica 204-MINSA/DGIESP-2023 – Imprep [Internet]. 2023 [citado el 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://imprep.org/peru/1001-2/>
5. Bastan JEP. Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/sida en la Atención Primaria de Salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2020;19(5):2962.
6. Vilató Frómata L, Martín Alfonso L, Pérez Nariño I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2015;41(4):0–0.
7. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI, Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet).* 2018;59(4):251–8. doi:10.30827/ars.v59i4.7357
8. OMS. VIH y sida [Internet]. 2023 [citado el 8 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
9. ONUSIDA. 90-90-90 treatment target [Internet]. 2020 [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/90-90-90>
10. Garcia-Fernandez L, Novoa R, Huaman B, Benites C. Continuo de la atención de personas que viven con VIH y brechas para el logro de las metas 90-90-90 en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.* 2018;35(3):491–6. doi:10.17843/rpmesp.2018.353.3853
11. Enríquez Canto Y, Díaz Gervasi GM, Menacho Alvirio LA. Impacto del Programa TARGA en la disminución de casos de sida en el sistema de salud peruano, 1983-2018. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2020;44:1. doi:10.26633/RPSP.2020.27
12. Campoverde M, Carolina A. Prevalencia y factores asociados a falta de adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral en VIH/SIDA, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2020 - 2021 [masterThesis]. Universidad de Cuenca; 2022 [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/38404>
13. Robles et al. Factores asociados con mal apego al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en Mazatlán, Sinaloa, México [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2023 [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/factores-asociados-con-mal-apego-al-tratamiento-antirretroviral-en-pacientes-con-vih-en-mazatlan-sinaloa-mexico/>
14. Peña SS, Bravo M del MP, Tomás MÁC, Almansa-Martínez P, Guillen CP, Jiménez-Ruiz I. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. *Enfermería Global.* 2021;20(2):1–34. doi:10.6018/global.437711
15. Arrieta Martinez JA. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH/SIDA atendidos en Helpharma Colombia, entre 2017 a 2020.

2021 [citado el 3 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5369>

16. Urizar CA, Jarolin-Montiel M, Ayala-Servin N, Centurión-Wenninger C, Montiel-Garcete D. FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH EN UN HOSPITAL DE PARAGUAY. *Revista Científica Ciencia Médica*. 2020;23(2):166–74.

17. Sánchez-Rivero I, Madoz-Gúrpide A, Parro-Torres C, Hernández-Huerta D, Ochoa Mangado E. Influence of substance use and cognitive impairment on adherence to antiretroviral therapy in HIV+ patients. *Adicciones*. 2020;32(1):7–18. doi:10.20882/adicciones.1025

18. Francisca Damaris GT, Elizabeth GP, Onelkys JE. Factores relacionados con la adherencia terapéutica en pacientes VIH/Sida del policlínico Asdrúbal López Vásquez. En: *Cuba Salud 2018* [Internet]. 2018 [citado el 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/1707>

19. Jiménez M de los ÁS, Bello JMH, Correa BM, Casarrubias JCM, Bahena MG, Morales BJ, et al. Calidad de vida y factores asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH. *Aten Fam*. 2018;25(4):136–40.

20. Varela Arevalo MT, Hoyos Hernandez PA. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev salud pública*. 2015;17(4):528–40. doi:10.15446/rsap.v17n4.38429

21. Gutiérrez-Gabriel I, Godoy-Guinto J, Lucas-Alvarado H, Pineda-Germán B, Vázquez-Cruz E, Hernández-De laRosa M, et al. Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Revista chilena de infectología*. 2019;36(3):331–9. doi:10.4067/S0716-10182019000300331

22. Vela EPV, Granada AM, Vanegas CR, Forero E, Silva C. Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con VIH SIDA en un hospital de tercer nivel. *Acta Médica Colombiana*. 2018;43(1):31–6. doi:10.36104/amc.2018.890

23. Barrera-Espinoza RW, Gómez-Gonzales WE, Girón-Vargas A, Arana-Escobar M, Nieva-Villegas LM, Gamarra-Bustillos C, et al. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. 2021 [citado el 3 de octubre de 2023];21(4). doi:10.24265/horizmed.2021.v21n4.09

24. Orellana -Zanabria GE, Morales-Rezza E. Factores asociados a la adherencia al targa, en pacientes con vih/sida en el hospital central de las fuerzas policiales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 2020;19(1). Disponible en: <https://inicib.urp.edu.pe/rfmh/vol19/iss1/7>

25. Espinola Bacilio SA. Depresión como factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA. *Universidad Privada Antenor Orrego* [Internet]. 2020 [citado el 3 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6038>

26. Ipanaqué Calderón JJ. Factores asociados a adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de pacientes con VIH en un hospital de Piura 2018 -2020. *Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO* [Internet]. 2022 [citado el 6 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/9368>

27. Rodríguez Zapata OE. Factores asociados a adherencia al tratamiento antirretroviral

- en pacientes con VIH/sida Castilla 2021. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2022 [citado el 3 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/8963>
28. Leyva-Moral JM, Loayza-Enriquez BK, Palmieri PA, Guevara-Vasquez GM, Elias-Bravo UE, Edwards JE, et al. Adherence to antiretroviral therapy and the associated factors among people living with HIV/AIDS in Northern Peru: a cross-sectional study. *AIDS Res Ther.* 2019;16(1):22. doi:10.1186/s12981-019-0238-y
29. Piñas Baldeon DR, Rivera Pizarro G. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-Sida en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo- 2023. 2023 [citado el 3 de octubre de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/9396>
30. M JSC, P LST, M LMT, S DS. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Últimos Conceptos Epidemiología, Prevención y Manejo. *Revista Navarra Médica.* 2018;4(2):5–13.
31. Abdulghani N, González E, Manzardo C, Casanova JM, Pericás JM. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En: *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria* [Internet]. 2020 [citado el 23 de octubre de 2023]. p. 63–74. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134207220300359>
32. González Chamero MC. VIH. Prevención y ayuda farmacéutica. *Offarm.* 2008;27(5):108–19.
33. Del Rio C et al. Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana - *ClinicalKey* [Internet]. 26ª edición. España: Elsevier; 2021 [citado el 22 de octubre de 2023]. 2255–2258 p. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491137658003635?scrollTo=%23hl0000152>
34. Del Rio C et al. Epidemiología y prevención del SIDA y de la infección por el VIH, incluyendo la profilaxis postexposición y el desarrollo de vacunas contra el VIH - *ClinicalKey* [Internet]. Novena edición. España: Elsevier; 2021 [citado el 22 de octubre de 2023]. 1599–1618 p. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491134992001193?scrollTo=%23hl0001337>
35. Vasquez A et al. Enfermo crítico e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [Internet]. 2da ed. España: Elsevier; [citado el 22 de octubre de 2023]. 789–797 p. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780323531139000066?scrollTo=%23hl0003533>
36. Resolución Ministerial N.º 1024-2020-MINSA [Internet]. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1422592-1024-2020-minsa>
37. MINSA. Norma técnica de salud para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B [Internet]. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1091066-norma-tecnica-de-salud-para-la-prevencion-de-la-transmision-materno-infantil-del-vih-sifilis-y-hepatitis-b>
38. Fletcher C. Descripción general de los agentes antirretrovirales utilizados para tratar el VIH - *UpToDate* [Internet]. 2023 [citado el 22 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-antiretroviral-agents-used-to-treat-hiv?search=tratamiento%20antirretroviral%20vih&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
39. Lozano F, Domingo P. Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29(6):455–65. doi:10.1016/j.eimc.2011.02.009

40. Santoro P. Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR): resultados de un estudio cualitativo. 2013;1(1). Disponible en: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/wp-content/uploads/2016/03/original-6-SIDA-v1n1.pdf>
41. Velásquez Bazán HS. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH-SIDA del Hospital “José Alfredo Mendoza Olavarría” Tumbes-II, 2021-2022. Universidad Nacional de Tumbes [Internet]. 2023 [citado el 23 de octubre de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/20.500.12874/64363>
42. La Riva et al. Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima | Revista Enfermería Herediana. Rev Enferm Herediana. 2014;7(2):87–96.
43. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM, Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera D, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta médica Grupo Ángeles. 2018;16(3):226–32.
44. Poma Nina E. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en infección por VIH/SIDA en pacientes pediátricos que acuden al Centro Departamental de Vigilancia, Información y Referencia La Paz, gestión 2021 [Thesis]. 2022 [citado el 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/30562>
45. Alvis Ó, 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. 2009;70(4):266–72.
46. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. AIDS. 2002;16(4):605–13. doi:10.1097/00002030-200203080-00012
47. Perez Aburto ML. Propiedades psicométricas del Cuestionario Apoyo Social Funcional de Duke-UNK-11 en efectivos policiales del distrito de Los Olivos. 2023.
48. Chavez-Espinoza JH, Castillo-Romero PC, Ruiz-Reyes RE, Reyes-Mejía MG, Hernández-López MÁ. Adaptación y validación peruana del Cuestionario de Salud General (GHQ-12) en trabajadores de salud. Iatreia [Internet]. 2023 [citado el 11 de marzo de 2024];36(3). doi:10.17533/udea.iatreia.177
49. Schwartz KI, Zapata-Vega MI, Mezzich JE, Mazzotti G. Validation study of the Multicultural Quality of Life Index (MQLI) in a Peruvian sample. Braz J Psychiatry. 2006;28(1):24–8. doi:10.1590/s1516-44462006000100006
50. Sánchez Peña S, Pastor Bravo M del M, Cánovas Tomás MÁ, Almansa Martínez P, Peñalver Guillén C, Jiménez-Ruiz I, et al. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. Enfermería Global. 2021;20(62):1–34. doi:10.6018/eglobal.437711
51. Pérez Bastán JE, Viana Castaño LF, Pérez Bastán JE, Viana Castaño LF. Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/sida. Revista Cubana de Medicina Tropical [Internet]. 2020 [citado el 3 de octubre de 2023];72(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0375-07602020000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
52. Palacios Muñoz R, de la Fuente Aguado J, Murillas Angoiti J, Nogueira Coito JM, Santos González J. Sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2006;24:34–9.
53. Atehortua Valencia DS, Sánchez Arango D, Zapata Bustamante AM. homofobia internalizada, estigma sexual y su asociación con la salud mental en un grupo de gays y

- lesbianas en la ciudad de medellín. Institución Universitaria de Envigado [Internet]. 2019 [citado el 12 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://bibliotecadigital.iue.edu.co/jspui/handle/20.500.12717/2900>
54. Leyva-Moral J, Loayza B, Palmieri P, Guevara-Vasquez G, Elias-Bravo U, Edwards J, et al. Adherence to antiretroviral therapy and the associated factors among people living with HIV/AIDS in Northern Peru: a cross-sectional study. *AIDS Research and Therapy*. 2019;16. doi:10.1186/s12981-019-0238-y
55. Ivette MIM, Horta JBG, López AT, Rivera JZ. Teoría de la Autodeterminación. Una perspectiva teórica para el estudio del trabajo social. *Realidades Revista de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano* [Internet]. 2021 [citado el 13 de marzo de 2024];11(2). Disponible en: <https://realidades.uanl.mx/index.php/realidades/article/view/141>
56. García-Peña JJ, Tobón B. El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida. *Psicología y Salud*. 2020;30(1):83–94. doi:10.25009/pys.v30i1.2620
57. Ranjbar R, Davari A, Izadi M, Jonaidi N, Alavian SM. HIV/HBV Co-Infections: Epidemiology, Natural History, and Treatment: A Review Article. *Iran Red Crescent Med J*. 2011;13(12):855–62.
58. Revilla Ahumada L de la, Bailon Muñoz E, de Dios Luna J, Delgado A, Prados Quel M, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*. 1991;8(9):688–92.

ANEXOS

ANEXO 1: ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio electrónico N°2804-2023-FMH-D

Lima, 30 de octubre de 2023.

Señorita
ROMERO VILLAMIZAR, MIRELLA ELIZABETH
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento, que mediante el Acuerdo de Consejo de Facultad N°202-2023-FMH-D, de fecha 26 de octubre del presente año, se aprobó la primera relación de Proyectos de Tesis realizados en el marco del X Curso Taller de Titulación por Tesis, Modalidad Híbrida para Internos y Pre Internos 2023, dentro del cual se encuentra registrado en el N° 43, su Proyecto de Tesis Titulado "FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, EN EL CENTRO DE SALUD CAJA DE AGUA, DURANTE EL AÑO 2023", teniendo como asesor al Mg. Hugo Abarca Barriga.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular.

Atentamente,




Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco | Central: 708-0000
Lima 33 - Perú / www.urp.edu.pe/medicina | Anexo: 6010

ANEXO 2: CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Lima, 1 de Noviembre 2023

CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

Por el presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Romero Villamizar Mirella Elizabeth , de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar **ocho meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis (en caso de internos)** motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando **asesoramiento y mentoría** para superar los POSIBLES puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y ver que cumplan con la metodología establecida y la calidad de la tesis y el artículo derivado de la tesis.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Firma

Dr Hugo Hernan Abarca Barriga

ANEXO 3: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS FIRMADO POR LA SECRETARIA ACADÉMICA

COMITE DE ETICA EN INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA “MANUEL HUAMAN GUERRERO”
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CONSTANCIA

La presidenta del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación:

Título: “FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, EN EL CENTRO DE SALUD CAJA DE AGUA, DURANTE EL AÑO 2023”

Investigadora: ROMERO VILLAMIZAR MIRELLA ELIZABETH

Código del Comité: PG 209 2023

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría de revisión expedita por el período de un año.

Exhortamos a la investigadora a la publicación del trabajo de tesis concluido para colaborar con el desarrollo científico del país.

Lima, 08 diciembre del 2023

Dra. Consuelo del Rocío Luna Muñoz
Presidenta del Comité de Ética en
Investigación

ANEXO 4: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de Bicentenario, de la Consolidación de nuestra independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junin y Ayacucho".

CONSTANCIA N° 07

AUTORIZACIÓN DE INICIO Y TÉRMINO DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ACTA N°01-2024-COM.INV-DIRIS-LC

EXPEDIENTE N.º 202374307

La que suscribe, Directora General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, da Constancia que:

MIRELLA ELIZABETH ROMERO VILLAMIZAR

Autora del Proyecto de Investigación: "FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, EN EL CENTRO DE SALUD CAJA DE AGUA, DURANTE EL AÑO 2023"; ha cumplido con los requisitos exigidos por la Unidad Funcional de Docencia e Investigación y el Comité de Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, dando por **APROBADO**, la Autorización para la Ejecución del Proyecto de Investigación, teniendo una vigencia de:

FECHA DE INICIO : 20 de Enero del 2024.

FECHA DE TÉRMINO : 30 de Julio del 2024.

Asimismo, se le informa que su responsabilidad culmina con la presentación del informe Final, la publicación y socialización de resultados con las Oficinas, Estrategias y Establecimientos de Salud de interés de la jurisdicción, en bien de la Salud Pública del Perú.

Esperando el cumplimiento de todo lo antes mencionado, quedo de usted.

Lima, 20 de Enero del 2024.

Atentamente,

M.C. DIBLAFOR DREYLA MOCIL
Directora General
CMP 39579



ANEXO 5: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Unidad de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

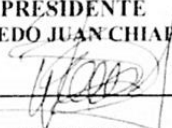
Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada

"Factores asociados a la adherencia al tratamiento en personas viviendo con VIH-SIDA en el Centro de Salud Caja de Agua, durante el año 2023", que presenta la Señorita **ROMERO VILLAMIZAR, MIRELLA ELIZABETH** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

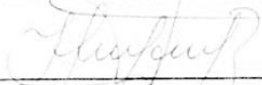
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


PRESIDENTE
MC. ALFREDO JUAN CHIAPPE GONZALEZ


MIEMBRO
MC. WILLY CÉSAR RAMOS MUÑOZ


MIEMBRO
MG. EDUARDO ALBERTO PULIDO MURILLO

 P.A. 
DIRECTOR DE TESIS
DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS


ASESOR DE TESIS
DR. HUGO HERNAN ABARCA BARRIGA

Lima, 15 de Marzo del 2024

ANEXO 6: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER

ANEXO 7: MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA: “FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA, EN EL CETRO DE SALUD CAJA DE AGUA, DURANTE EL AÑO 2023”					
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA
¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento en personas viviendo con VIH-SIDA, en el Centro de Salud Caja de Agua, durante el año 2023?	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral y los factores relacionados a ellos en personas viviendo con VIH-SIDA atendidos en el Centro de Salud Caja de Agua</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer la adherencia al tratamiento según las características sociodemográficas de la población en estudio como: edad, estado civil, nivel de instrucción, orientación sexual, situación laboral, domicilio fijo - Identificar la adherencia al tratamiento en pacientes viviendo con VIH-SIDA según tiempo de tratamiento (meses), malestar con el tratamiento, consumo de drogas, nivel bajo de calidad de vida, morbilidad psíquica y bajo apoyo social. - Identificar la adherencia al tratamiento y su relación con sífilis y hepatitis B. 	<p>HIPÓTESIS GENERAL: Existen factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA atendidos en el CERITS, en el Centro de Salud Caja de Agua en el año 2023.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe asociación entre la orientación sexual y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH-SIDA atendidos en el servicio CERITS, en el Centro de Salud Caja de Agua en el año 2023 - Existe asociación entre la baja calidad de vida relacionada a la salud y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SID atendidos en el servicio de CERITS, en el Centro de Salud Caja de Agua en el año 2023. - Existe asociación entre el bajo apoyo social y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SID atendidos en 	<p>VARIABLE DEPENDIENTE: Adherencia al TARV</p> <p>VARIABLES INDEPENDIENTES:</p> <p>Edad Sexo Orientación sexual Estado Civil Grado de instrucción Situación laboral Domicilio fijo Tiempo de tratamiento Calidad de vida relacionada a la salud Apoyo social Morbilidad psíquica Consumo de drogas Síntomas y/o molestias con el tratamiento Coinfección con sífilis Coinfección con hepatitis</p>	<p>El diseño de la investigación es de tipo analítico y transversal.</p>	<p>UNIDAD DE ANÁLISIS Pacientes PVV atendidos por el servicio del CERITS en el Centro de Salud Caja de Agua durante el año 2023.</p> <p>TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS Ficha de recolección de elaboración propia además de los cuestionarios: SMAQ, validado en España; Duke-UNC 11, GHQ-12 y el índice de calidad de vida de Mezzich y Cohen validados en el Perú</p> <p>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS Se utilizó el programa Stata V 14 para el análisis bivariado y multivariado con un intervalo de confianza de 95% y significancia $p < 0.05$</p>

		<p>el servicio de CERITS, en el Centro de Salud Caja de Agua en el año 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe asociación entre el no tener domicilio fijo y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SID atendidos en el servicio de CERITS, en el Centro de Salud Caja de Agua en el año 2023. - Existe asociación entre el padecer alguna morbilidad psíquica y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SID atendidos en el servicio de CERITS, en el Centro de Salud Caja de Agua en el año 2023. 			
--	--	--	--	--	--

ANEXO 8: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Identificación de la variable	Definición conceptual de la variable	Definición operacional de la variable	Clasificación de la variable			
			Dependiente o independiente	Cuantitativa o cualitativa	Nominal, ordinal, discreta, continua	Categorías y Variables
Adherencia al tratamiento	Toda persona que sigue un plan de tratamiento, significa tomar sus medicamentos diariamente, a la hora indicada, las dosis indicadas y las recomendaciones adicionales relacionadas con la dieta y los estilos de vida	Pacientes que en la SMAQ de cualquier respuesta referida al incumplimiento se tomará como no adherencia	Dependiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	0: Adherente 1: No adherente
Edad	Tiempo que ha vivido un persona en números enteros	Años de vida reportados en su documento de identidad	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Valores numéricos (años)
Sexo	Hombre o mujer	Cualidad orgánica que diferencia hombres de	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	0: Femenino

		mujeres reportada en su documento de identidad.				1: masculino
Orientación sexual	Atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros	Sexo por el cual se encuentra atraído reportado en la encuesta.	Independiente	Cualitativa policotómica	Nominal politómica	0: Heterosexual 1: Homosexual 2: Transexual 3: Bisexual
Estado civil	Vínculo establecido entre dos personas	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja reportado en la encuesta.	Independiente	Cualitativa policotómica	Nominal politómica	0: Conviviente 1: Soltero 2: Viudo
Grado de instrucción	Años aprobados en la escuela, colegio, universidad	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado reportado en la encuesta	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	0: Superior 1: No superior
	Estatus empleado o desempleado	Situación laboral que reporta el	Independiente	Cualitativa	Nominal politómica	0: Empleado

Situación laboral		paciente en la encuesta				1: Desempleado 2: Estudiante
Domicilio fijo	Lugar premanente donde habita el paciente en la actualidad.	Datos que brinda el paciente en el cuestionario	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	0: Si 1: No
Calidad de vida relacionada a la salud	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes.	Índice de calidad de vida de Mezzich y Cohen definiéndose en nivel bajo de calidad de vida un puntaje de 10 a 60 y nivel alto de calidad de vida un puntaje de 60 a 100.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	0: Alta calidad de vida 1: Baja calidad de vida
Apoyo social	Posibilidad de contar con personas para comunicarse y recibir demostraciones de amor, cariño y empatía.	Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC-11, el punto de corte de 'bajo apoyo social' en una puntuación igual o inferior a 32.	Independiente	Cuantitativa	Discreta	0: Alto apoyo social 1: Bajo apoyo social
	Presencia de síntomas emocionales, bienestar psicológico	Cuestionario de salud general de Goldberg, una puntuación mayor	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	0: no morbilidad psiquica

Morbilidad psíquica	o trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad disfunción social, pérdida de confianza y/o autoestima)	e igual a 3 determina la presencia de morbilidad psíquica				1: Morbilidad psíquica
Consumo de drogas en los últimos meses	Uso de sustancias estupefacientes y que según las normativas y leyes del país, su consumo está legislado.	Consumo de sustancias referidas por el paciente en la encuesta	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	0: No 1: Si
Sintomas y/o molestias en el último mes	Reacciones producidas por los medicamentos	Reacciones adversas referidas por el paciente.	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	0: No 1: Si
Tiempo de tratamiento	Lapso transcurrido desde el inicio del tratamiento antirretroviral hasta el momento del estudio.	Tiempo recibiendo TARGA reportado en la encuesta.	Independiente	Cuantitativa	Continua	Valores numéricos (meses)
Sífilis	Infección curable causada por una bacteria llamada <i>Treponema pallidum</i> . Se transmite por vía sexual	PVV con diagnóstico de sífilis mediante Prueba de tamizaje no treponémica RPR positivo.	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	0: No 1: Si

Hepatitis B	La hepatitis B es una infección hepática potencialmente mortal causada por el virus de la hepatitis B (VHB). Constituye un importante problema de salud a nivel mundial.	PVV con prueba Antígeno de superficie de Hepatitis B positivo	Independiente	Cualitativa	Nominal dicotómica	0: No 1: Si
--------------------	--	---	---------------	-------------	--------------------	----------------

ANEXO 9: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mirella Elizabeth Romero Villamizar con DNI 72716155, alumna de la Facultad de Medicina de la Facultad de la Universidad Ricardo Palma, que está realizando el siguiente estudio titulado “**Factores asociados a la adherencia al tratamiento en personas viviendo con VIH-SIDA, en el Centro de Salud Caja de Agua, durante el año 2023**”.

El propósito de esta carta de consentimiento es darle la información necesaria para que usted decida la participación en el estudio.

Propósito del estudio: El proyecto tiene como finalidad determinar los factores que estén provocando pobre adherencia al tratamiento en los pacientes que presentan su patología.

Beneficios del estudio: Se podrá realizar intervenciones que disminuyan la pobre adherencia.

Riesgos del estudio: Se realizará un cuestionario donde algunas preguntas serán personales y de índole familiar.

Costos: La participación no tiene ningún costo para usted

Compensación: Por participar en este estudio usted no recibirá ninguna compensación monetaria

Cabe recalcar que la encuesta es anónima, los datos recolectados serán confidenciales y de uso exclusivo por los investigadores

El presente estudio, consta de una encuesta que contiene preguntas generales que son sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, domicilio fijo, uso de drogas, orientación sexual, efectos adversos y motivos de cumplimentación incorrecta. Además de 6 preguntas con respuesta cerrada, adicionalmente se el apoyo social mediante el 11 ítems, también se evaluará otras patologías y/o

enfermedades asociadas con 12 preguntas. Y para evaluar la calidad de vida se utilizará 10 ítems.

En caso, de cualquier consulta se podrá comunicar a nuestro correo: mirella.romero@urp.edu.pe.

En base a lo escrito en las líneas anteriores doy mi consentimiento.

PACIENTE

Nombre : _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Revocación del consentimiento

Nombre : _____

DNI: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Cuestionario

Las siguientes preguntas tienen por objeto identificar algunos factores relacionados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Por favor, responda a todas las preguntas indicando la opción que crea conveniente en cada caso. Recuerde que sus respuestas son confidenciales, por lo cual, trate de contestar de la forma más veraz posible.

Muchas gracias.

9. Sexo:

MASCULINO	FEMENINO

10. Edad: _____

11. Estado Civil:

SOLTERO	CASADO	CONVIVIENTE	VIUDO

12. Grado de Instrucción:

NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR

13. Situación laboral:

EMPLEADO	DESEMPLEADO

14. Orientación sexual:

HSH	TRANS	HETEROSEXUAL

15. Domicilio Fijo (seis o mas meses):

SI	NO

16. Consumo de droga en los últimos meses:

SI	NO

Tipo de droga: _____

17. Respecto al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), responda lo siguiente:

- Cuánto tiempo lleva recibiendo el tratamiento: _____(meses)
- Cuántas pastillas toma diariamente: _____
- Con qué frecuencia toma la medicación:
C/8H_____ C/12H_____ C/24H_____
- Ha sentido algún síntoma o molestia relacionada al tratamiento:
Sí _____ NO _____

10. Respecto al grado de cumplimiento que usted hace del TARGA, responda:

CUESTIONARIO ADHERENCIA SMAQ	Respuesta Posible
-------------------------------------	--------------------------

1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	• Sí	• No
2. Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	• Sí	• No
3. Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?	• Sí	• No
4. Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	• Sí	• No
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10	
6. En los últimos 3 meses ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	Días:	

11. ¿Cuál considera usted la principal razón por la cual no cumple adecuadamente con el tratamiento?

7 En su percepción personal ¿Considera que la información recibida por el personal de salud justificó la necesidad de cumplir adecuadamente con el tratamiento?

SÍ_____. NO_____

8 A continuación se presenta una serie de preguntas. Marque con una (X) en el recuadro que mejor se ajuste a su situación según los siguientes criterios.

- 1) Mucho menos de lo que deseo
- 2) Menos de lo que deseo
- 3) Ni mucho ni poco
- 4) Casi como lo deseo
- 5) Tanto como lo deseo

Pregunta	1	2	3	4
Recibo visitas de mis amigos y familiares				
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa				
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo				
Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede				
Recibo amor y afecto				
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa				

Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares				
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos				
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas				
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida				
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en cama				

9 ¿Durante el último mes ha presentado alguno de los siguientes problemas?

Marque con una (X) según los siguientes criterios:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1) No, en absoluto | 2) No más que lo habitual |
| 3) Algo más que lo habitual | 4) Mucho más que lo habitual |

PREGUNTA	1	2	3	4
¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?				
¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?				
¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?				
¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?				
¿Ha perdido confianza en si mismo?				
¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?				

Tener en cuenta:

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1) Más que lo habitual | 2) Igual que lo habitual |
| 3) Menos que lo habitual | 4) Mucho menos que lo habitual |

Pregunta	1	2	3	4
¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?				
¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?				
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?				
¿Ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?				

¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?				
---	--	--	--	--

10 Por favor califique la calidad de su salud y vida en el momento actual, desde 1: “Muy malo” hasta 10: “Excelente”, marcando con una (X) el valor que crea adecuado para cada uno de los siguientes items.

	MUY MALO	2	MALO	4	REGULAR	6	7	BUENO	9	EXCELENTE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bienestar Físico (se siente con energía, libre de dolores o problemas físicos)										
Bienestar Psicológico/Emocional (se siente bien, a gusto consigo mismo)										
Autocuidado y funcionamiento independiente (es capaz de cuidarse y vivir diariamente tomando sus propias decisiones)										
Funcionamiento ocupacional (cuenta con la capacidad de realizar eficientemente un trabajo)										
Funcionamiento interpersonal (tiene la capacidad de relacionarse adecuadamente con su familia, amigos y otros grupos)										
Apoyo emocional y social (cuenta con personas en las cuales puede confiar y quienes le ofrecen ayuda y soporte emocional)										
Apoyo comunitario y de servicios (entorno agradable y seguro, acceso a fuentes financieras y de información)										
Autorrealización o plenitud personal (experimentando un sentido de balance, dignidad y bienestar)										
Satisfacción espiritual (experimenta la fe y religiosidad más allá de una vida ordinaria y materialista)										
Percepción global de la calidad de vida (se siente satisfecho y feliz con su vida en general)										

Cuestionario SMAQ (Simplified medication adherence questionnaire)

El cuestionario SMAQ ha sido validado en la población española en 1999 ⁽⁴⁶⁾ y aplicado en nuestro medio. Presenta 72% de sensibilidad y 91% de especificidad. Este sencillo cuestionario consta de 6 preguntas que investigan distintas facetas del fenómeno: a) olvidos; b) horarios; c) efectos adversos; d) omisión del fin de semana; e) cuantificación en la última semana, y f) cuantificación en el último mes.

CUESTIONARIO ADHERENCIA SMAQ	Respuesta Posible
1. Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación?	• Sí • No
2. Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	• Sí • No
3. Alguna vez ¿deja de tomar los fármacos si se siente mal?	• Sí • No
4. Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	• Sí • No
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10
6. En los últimos 3 meses ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	Días:

Interpretación de Resultados:

Se considera paciente no adherente cuando éste responde:

- pregunta 1: si
- pregunta 2: no
- pregunta 3: si
- pregunta 4: si
- pregunta 5: C, D ó E
- pregunta 6: más de 2 días.

El cuestionario es dicotómico, cualquier respuesta en el sentido de no adherente se considera no adherente.

La pregunta 5 se puede usar como semicuantitativa:

- A: 100-95% cumplimiento terapéutico
- B: 85-94% cumplimiento terapéutico
- C: 65-84% cumplimiento terapéutico
- D: 30-64% cumplimiento terapéutico
- E: < 30% cumplimiento terapéutico.

Este cuestionario considera paciente adherente a aquel que tiene un cumplimiento terapéutico igual o superior al 95%.

Cuestionario de Apoyo Social Funcional de DUKE Cuestionario DUKE-UNK11

El cuestionario DUKE-UNC11 evalúa el apoyo social percibido (posibilidad de contar con personas para comunicarse y recibir demostraciones de amor, cariño y empatía). Fue validado en España⁽⁵⁸⁾ en 1991 por De la Revilla y tiene una

consistencia interna de 0.90 y en el Perú por Pérez et al ⁽⁴⁷⁾ con confiabilidad por consistencia interna, al reportar valores por encima de 0.70 en los coeficientes Alfa ($\alpha=.833$) y Omega ($\omega=.841$)

1) Mucho menos de lo que deseo

2) Menos de lo que deseo

3) Ni mucho ni poco

4) Casi como lo deseo

5) Tanto como lo deseo

	1	2	3	4
Recibo visitas de mis amigos y familiares				
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa				
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo				
Cuento con personas que se preocupan por lo que me sucede				
Recibo amor y afecto				
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa				
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares				
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos				
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas				
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida				
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en cama				

Interpretación de Resultados:

Cada ítem es puntuado en un gradiente de frecuencia que va desde 1 a 5. La puntuación total se obtiene sumando la respuesta de cada ítem, estableciéndose el punto de corte de “Bajo apoyo social” en una puntuación igual o inferior a 32.

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12)

El General Health Questionnaire es una técnica elaborada David Goldberg para evaluar síntomas emocionales, bienestar psicológico o trastornos mentales comunes en la población general (ansiedad y depresión, disfunción social y pérdida de la confianza y autoestima). Validada en el Perú por Chávez et al⁽⁴⁸⁾, con una

consistencia interna global con el omega de McDonald fue adecuada ($\omega = 0,853$), así como el alfa ordinal para disforia general (0,919) y disfunción social (0,828)

En el cual:

2) No, en absoluto

2) No más que lo habitual

4) Algo más que lo habitual

4) Mucho más que lo habitual

	1	2	3	4
¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?				
¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?				
¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?				
¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?				
¿Ha perdido confianza en si mismo?				
¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?				

Tener en cuenta:

2) Más que lo habitual

2) Igual que lo habitual

3) Menos que lo habitual

4) Mucho menos que lo habitual

	1	2	3	4
¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacia?				
¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?				
¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?				
¿Ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?				
¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias?				

Interpretación de Resultados:

Costa de 12 ítems tipo Likert con 4 categorías. A las 4 categorías de respuesta se les adjudicó el valor 0 (respuestas 1 y 2) o 1 (respuestas 3 y 4). Una puntuación mayor o igual de 3 determina la presencia de morbilidad psíquica.

Índice de Calidad de Vida de Mezzich y Cohen (MQLI)

El Multicultural Quality of Life Index (MQLI) es un instrumento autoaplicado validado para el Perú⁽⁴⁹⁾ que incluye 10 ítems que evalúan el bienestar físico, psicológico, emocional y la calidad de vida global.

Califique la calidad de su salud y vida en el momento actual, desde 1: “Muy Malo” hasta 10: “Excelente”, encerrando en un círculo el valor que crea adecuado para cada uno de los siguientes ítems:

1. Bienestar Físico (se siente con energía, libre de dolor o problemas físicos)

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

2. Bienestar Psicológico/Emocional (se siente bien, a gusto consigo mismo)

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

3. Autocuidado y funcionamiento independiente
(es capaz de cuidarse y vivir diariamente tomando sus propias decisiones)

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

4. Funcionamiento ocupacional (cuenta con la capacidad de realizar eficientemente un trabajo)

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

5. Funcionamiento interpersonal
(tiene la capacidad de relacionarse adecuadamente con su familia, amigos y otros grupos)

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

6. Apoyo emocional y social
(cuenta con personas en las cuales puede confiar y quienes le ofrecen ayuda y soporte emocional)

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

7. Apoyo comunitario y de servicio
(entorno agradable y seguro, acceso a fuentes financieras y de información)

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

8. Autorrealización o plenitud personal
(experimentando un sentido de balance, dignidad y bienestar)

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

9. Satisfacción espiritual
(experimenta la fe y religiosidad mas allá de una vida ordinaria y materialista)

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

10. Percepción global de la calidad de vida (se siente satisfecho y feliz con su vida en general)

1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Interpretación de Resultados:

Las respuestas van del 1 al 10 y tienen un valor de 10 a 100 respectivamente. Se define como nivel bajo de calidad de vida a un puntaje de 10 a 60 y como nivel alto de calidad de vida a un puntaje mayor de 60.

ANEXO 10: BASE DE DATOS (EXCELL, SPSS) O EL LINK A SU BASE DE DATOS SUBIDA EN EL INICIB-URP

<https://drive.google.com/drive/folders/1zleXTHcUC1IzVKWUY-EzD7-tFXjhL6Qb?usp=sharing>