



FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**FACTORES RELACIONADOS AL APEGO AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA EN UN
CENTRO DE SALUD DE LIMA, 2024**

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Ccasani Huachua, Jansen Mcley

Asesor:

Tello Santa Cruz, Daniel
(ORCID: 0009-0007-2207-0084)

Jurado:

López Gabriel, Wilfredo
Méndez Campos, Julia Honorata
Méndez Campos, María Adelaida

Lima - Perú

2024



FACTORES RELACIONADOS AL APEGO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA EN UN CENTRO DE SALUD DE LIMA, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

27%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	www.elsevier.es Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	Roger Ruiz-Moral, Luis Ángel Pérula de Torres, Inmaculada Jaramillo-Martin. "The Effect of Patients' Met Expectations on Consultation Outcomes. A Study with Family Medicine Residents", Journal of General Internal Medicine, 2007 Publicación	2%
5	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	core.ac.uk Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

FACTORES RELACIONADOS AL APEGO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA EN UN CENTRO DE SALUD DE

LIMA, 2024

Línea de investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autor:

Ccasani Huachua, Jansen Mcley

Asesor:

Tello Santa Cruz, Daniel

(ORCID: 0009-0007-2207-0084)

Jurado:

López Gabriel, Wilfredo

Méndez Campos, Julia Honorata

Méndez Campos, María Adelaida

Lima – Perú

2024

Índice

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Descripción y formulación del problema:	8
1.1.1. Descripción del problema:	8
1.1.2. Formulación del problema de investigación:	10
1.1.2.1. Pregunta general	10
1.1.2.2. Preguntas específicas.....	10
1.2. Antecedentes:	10
1.2.1. Antecedentes internacionales:	11
1.2.2. Antecedentes nacionales:	13
1.3. Objetivos:.....	17
1.3.1. Objetivo general:	17
1.3.2. Objetivos específicos:	17
1.4. Justificación:	18
1.5. Hipótesis:	18
1.5.1. Hipótesis alterna:.....	18
1.5.2. Hipótesis nula:	18
II. MARCO TEÓRICO:.....	19
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación:	19
2.1.1. Virus de inmunodeficiencia humano:	19
2.1.1.1. Definición..	19
2.1.2. Estadios de la infección por VIH:.....	24
2.1.3. Clasificación clínica del VIH:	27
2.1.4. Diagnóstico del VIH:	28
2.1.5. Tratamiento del VIH:	29
2.1.6. Apego al TARV:	30
III. METODO	34
3.1. Tipo de investigación.....	34
3.2. Ambito temporal y espacial.....	34
3.3. Variables.....	34
3.3.1. Variable dependiente.....	34

3.3.2. <i>Variable independiente</i>	34
3.4. Poblacion y muestra.....	35
3.4.1. <i>Poblacion</i>	35
3.4.1. <i>Muestra</i>	35
3.4.3. <i>Criterios de seleccion</i>	36
3.5. Instrumentos.....	37
3.6. Procedimientos.....	38
3.7. Analisis de datos.....	38
3.8. Consideraciones eticas.....	39
IV. RESULTADOS.....	40
V. DISCUSION DE RESULTADOS.....	64
VI. CONCLUSIONES.....	67
VII. RECOMENDACIONES.....	68
VIII. REFERENCIAS:	69
IX. ANEXOS:	74
Anexo A. MATRIZ DE CONSISTENCIA	74
Anexo B. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	76
Anexo C. CONSENTIMIENTO INFORMADO	80
Anexo D. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Enfermedades definatorias de SIDA	26
Tabla 2. Clasificación clínica del VIH.....	27
Tabla 3. Factores sociodemográficos de los pacientes que reciben TARV.....	40
Tabla 4. Factores personales de los pacientes que reciben TARV.....	45
Tabla 5. Factores de la enfermedad de los pacientes que reciben TARV.....	48
Tabla 6. Factores asociados al medicamento de los pacientes que reciben TARV.....	51
Tabla 7. Apego al TARV de los pacientes.....	54
Tabla 8. Porcentaje de apego al TARV de los pacientes.....	55
Tabla 9. Motivos por el cual toman el TARV los pacientes.....	56
Tabla 10. Motivos por el cual no toman el TARV los pacientes.....	56
Tabla 11. Factores sociodemográficos asociados al apego al TARV.....	57
Tabla 12. Factores personales asociados al apego al TARV.....	59
Tabla 13. Factores asociados a la enfermedad asociados al apego al TARV.....	60
Tabla 14. Factores del medicamento asociados al apego al TARV.....	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Edad de los pacientes que reciben TARV.....	41
Figura 2. Sexo de los pacientes que reciben TARV.....	42
Figura 3. Identidad sexual de los pacientes que reciben TARV.....	42
Figura 4. Orientación sexual de los pacientes que reciben TARV.....	43
Figura 5. Estado civil de los pacientes que reciben TARV.....	43
Figura 6. Creencias religiosas de los pacientes que reciben TARV.....	44
Figura 7. Grado de instrucción de los pacientes que reciben TARV.....	44
Figura 8. Ingresos económicos de los pacientes que reciben TARV.....	45
Figura 9. Número de parejas sexuales de los pacientes que reciben TARV.....	46
Figura 10. Persona con quien vive de los pacientes que reciben TARV.....	47
Figura 11. Tipo de familia donde creció de los pacientes que reciben TARV.....	47
Figura 12. Consumo de sustancias nocivas de los pacientes que reciben TARV.....	48
Figura 13. Años desde el diagnóstico de los pacientes que reciben TARV.....	49
Figura 14. CD4 último de los pacientes que reciben TARV.....	49
Figura 15. Carga viral última de los pacientes que reciben TARV.....	50
Figura 16. Tiempo de TARV de los pacientes.....	52
Figura 17. RAM del TARV de los pacientes.....	52
Figura 18. Cambio del TARV de los pacientes.....	53
Figura 19. Esquema del TARV de los pacientes.....	53
Figura 20. Número de pastillas de los pacientes que reciben TARV.....	54
Figura 21. Apego al TARV de los pacientes.....	55

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados al apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima durante el periodo del 2024.

Método: Estudio de tipo cuantitativo, de corte trasversal descriptivo que se realizará en pacientes con VIH que reciban tratamiento TARV en un centro de salud de Lima durante el 2024. Se implementó el Cuestionario SMAQ para medir el apego al TARV, ficha de recolección de datos para los factores sociodemográficos, personales, farmacológicos y de la enfermedad. La población estuvo conformada por 526 pacientes y una muestra de 143 pacientes. **Resultados:** Del total de pacientes, el 37.8% son adherentes al TARV y un 62.2% son no adherentes. Dentro de los motivos por los cuales no tomaban su medicamento el principal fue “olvido” (87.6%). Con respecto a los factores sociodemográficos no se encontró ninguna relación estadísticamente significativa con el apego al TARV. El único factor que se encontró relación con el apego al TARV fue el tipo de esquema de tratamiento ($p < 0.050$).

Conclusión: Se demostró que no existe relación estadísticamente significativa entre los factores sociodemográficos y el apego al TARV. Se encontró que el tipo de esquema de TARV si tiene relación con el apego al TARV.

Palabras clave: VIH, SIDA, TARV, TARGA, factores sociodemográficos, adherencia al tratamiento, antirretroviral.

ABSTRACT

Objective: Determine the factors associated with adherence to antiretroviral treatment in patients diagnosed with HIV/AIDS in a health center in Lima during the period of 2024.

Method: Quantitative, descriptive cross-sectional study that will be carried out on patients with HIV who receive ART treatment in a health center in Lima during 2024. The SMAQ Questionnaire was used to evaluate adherence to ART, a data collection sheet for sociodemographic, personal, pharmacological and disease factors. The population consisted of 526 patients and a sample of 143 patients. **Results:** Of the total patients, 37.8% are adherent to ART and 62.2% are non-adherent. Among the reasons why they did not take their medication, the main one was “forgetfulness” (87.6%). Regarding sociodemographic factors, no statistically significant relationship was found with ART adherence. The only factor that was related to ART adherence was the type of treatment regimen ($p < 0.050$). **Conclusion:** It was demonstrated that there is no statistically significant relationship between sociodemographic factors and ART adherence. It was found that the type of ART regimen does have a relationship with ART adherence.

Keywords: HIV, AIDS, ART, HAART, sociodemographic factors, adherence to treatment, antiretroviral.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) persiste siendo una de las mayores problemáticas de salud pública a nivel mundial, pereciendo aproximadamente 40,1 millones de personas debido a este. A pesar del descenso que venía haciendo su transmisión en algunos países, en los últimos años se ha visto una creciente en la incidencia. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023)

Hasta el término del 2021 había aproximadamente 38,4 millones de personas con VIH en el mundo, la gran mayoría en el continente africano. Ese mismo año fallecieron alrededor de 650 000 personas por causas asociadas al VIH; y se diagnosticó nuevos casos en 1,5 millones de personas. (OMS, 2023)

En América Latina el panorama no parece ser muy distinto al mundial, ya que se ha observado una creciente en los casos nuevos, un aumento del 21% en el 2019 a comparación del 2010. En donde se vio un descenso fue el número de fallecidos por causas relacionadas al VIH, de 41 000 decesos en 2010 a 37 000 en 2019. Uno de los grandes factores por los cuales la incidencia de contagios no parece disminuir es el desconocimiento de que se tiene la enfermedad, se estima que el 23% de personas en América Latina y el Caribe no saben que están contagiados. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023)

El tratamiento del VIH se basa en la administración de antirretrovirales (TARV) que permite evitar la progresión de la enfermedad debido a que suprime la replicación del virus. Si la persona toma su medicamento diariamente y tiene una carga viral indetectable, puede llegar a hacer una vida plena y saludable. Se estima que, para finales del 2019, en América

Latina 1,3 millones de personas recibían TARV y en el Caribe unas 210 mil, lo que representa un 60% y 63% de cobertura respectivamente. (OMS, 2023)

En el Perú, hasta el año 2019 se observaba una creciente en el diagnóstico de nuevos casos de VIH y SIDA (9770 y 1589 respectivamente). Con el inicio de la pandemia y la cuarentena hubo una disminución en el acceso a los centros de salud con lo cual hubo una disminución en el diagnóstico de nuevos casos. En el 2022 hubo 9026 nuevos casos de VIH y 1327 nuevos casos de SIDA. (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades-MINSA, 2023)

Una de las estrategias para poder erradicar la pandemia del VIH, y en la que todos los países del mundo ponen sus esfuerzos, es asegurar el acceso universal al TARV. El TARV no solo va a detener la multiplicación del virus en el organismo, sino que evitara que el virus se contagie a otras personas, prolongara su esperanza de vida, disminuye las posibles complicaciones, y con eso disminuir cada vez más el avance del virus.

A pesar de los esfuerzos de los gobiernos, por lograr que todos los pacientes viviendo con VIH (PVV) tengan acceso al TARV, se ha observado un estancamiento, esto sobre todo debido a la pandemia del COVID-19 que restringió el acceso a los servicios de salud. En el Perú, hasta antes de la pandemia, en el 2019 se estimaba que habían 87 000 PVV de las cuales 67 000 recibían TARV, es decir un 77% aproximadamente. Quiere decir que había 20 000 PVV que no recibían TARV, por lo cual eran susceptibles no solo a desarrollar complicaciones y tener mayor riesgo de muerte, sino que también pueden seguir contagiando y expandir más el avance del virus. (Paredes, 2021)

El VIH no solo afecta el ámbito personal y familiar del paciente, también es una problemática económica, política y social; es por ello la importancia de los gobiernos de

conocer cuáles son los motivos que favorecen el apego al TARV. En este sentido es importante que se hagan estudios de investigación a nivel macro para identificar estos factores, pero igual de importante los estudios que brindan datos más específicos de los centros de salud; ya que estos resultados pueden permitir al centro de salud modificar su estrategia para mejorar el apego al TARV de sus pacientes.

1.1.2. Formulación del problema de investigación

1.1.2.1. Pregunta general.

- ¿Cuáles factores se asocian a el apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024?

1.1.2.2. Preguntas específicas.

- ¿Cuál es el nivel de apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024?
- ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados al apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024?
- ¿Cuáles son los factores personales asociados al apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024?
- ¿Cuáles son los factores asociados al fármaco que influyen sobre el apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024?
- ¿Cuáles son los factores asociados a la enfermedad que influyen sobre el apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes internacionales

Steffens-Riva et al. (2023), estudio de tipo cohorte histórica de pacientes que se sometieron a tratamiento para el VIH entre 2004-2017 en un servicio de atención especializada en Alvorada, en la región metropolitana de Porto Alegre, Brasil. La información se recaudó de las historias clínicas de los pacientes que se atendieron en ese periodo y que cumplían con los criterios de inclusión, que eran: 1) Haber sido recetado con medicamentos para el tratamiento del VIH, 2) Tener 18 años o más, 3) Haber asistido a la consulta. Las variables sociodemográficas y conductuales se determinaron por un autoreporte de los pacientes. En los resultados, 67,8% tienen hasta 8 años de escolaridad y 24,8% tiene historia de consumo de crack y/o cocaína con anterioridad. Entre los hombres, los factores que se asociaron al apego fueron: ser asintomático [odds ratio (OR) = 1.43], tener más de 8 años de educación (OR= 2.32) y nunca haber consumido crack (RC = 2.35). Entre las mujeres, ser mayor de 24 años (RC = 1,82), nunca haber consumido cocaína (RC = 2,54) y estar embarazada (RC = 3,28) aumentó la posibilidad de mejor apego.

Fortunato-Miranda et al. (2021), estudio descriptivo transversal de abordaje cuantitativo en un servicio de asistencia especializada en VIH/SIDA, localizado en un municipio de la región sur de Ceará, Brasil. La recolección de los datos se llevó a cabo por medio de encuestas, de caracterización sociodemográfica, apoyo social, clínico y evaluación de el apego, desde abril a setiembre del 2016. Los criterios de inclusión fueron: 1) Ser mayor de 18 años, 2) Estar activo en el servicio y 3) Estar alfabetizado. La muestra estuvo conformada por 230 pacientes. En los resultados: mostraron una relación significativa con el apego al TARV: el sexo masculino ($p=0,005$), haber terminado educación primaria ($p=0,010$), tener ingresos económicos ($p=0,034$), tener un trabajo ($p=0,007$), tener acceso a los servicios de salud ($p = 0.005$), tener accesos a un canal de comunicación con profesionales de la salud ($p = 0.005$), recibir información para mejorar el grado de aprendizaje sobre el VIH/SIDA ($p=0,039$), no cambiar de tratamiento ($p=0,018$).

Martínez (2017), estudio de tipo transversal analítico en personas con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en 4 Servicios de Atención Integral del Municipio del Distrito Central, Honduras. La información se recolectó a través del cuestionario SMAQ. Los criterios de inclusión fueron: 1) Persona con diagnóstico VIH mayor de 18 años que asistió a los establecimientos de salud. 2) Estar en tratamiento antirretroviral por más de 1 mes. 3) Aceptar llenar el cuestionario. La muestra estuvo conformada por 206 pacientes. Resultados: Se determinó una no adherencia total del 19.4%. De los no adherentes el 55% son hombres, el 75% están entre 30 a 39 años y el 27,5 % tiene secundaria incompleta. La no adherencia al tratamiento es alta, sobre todo en menores de 50 años.

Membreño (2016), estudio de tipo analítico retrospectivo transversal en pacientes con VIH/SIDA que se atendían en la clínica de atención integral del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca Managua, Nicaragua. La recolección de datos se hizo a través de la encuesta. Los criterios de inclusión: 1) Pacientes atendidos en la clínica de atención integral del HEALF. 2) Que tengan diagnóstico VIH. 3) Que tengan al menos un recuento de CV y CD4 después del tratamiento. 4) Que reciban terapia antirretroviral. 5) Que tengan al menos 6 meses en tratamiento. 6) Que acepten participar en el estudio. La muestra estuvo conformada por 172 pacientes. Resultados: Del total, 81% fueron adherentes. No existe relación significativa entre la edad y la no adherencia ($p = 0.3886$). El sexo masculino tiene 3.33 veces más probabilidad de no ser adherente ($p = 0.0001$). Los pacientes con nivel escolar bajo tienen 2.31 veces más probabilidad de ser no adherentes ($p = 0.0001$). Se hayó una significancia en la relación entre estar desempleado y la no adherencia, con un RR 15.32 ($p = 0.0001$). Se encontró relación significativa entre ser de área rural y la no adherencia al TARV ($p = 0.0001$).

Pérez (2020), estudio de tipo descriptivo en pacientes con VIH del Policlínico “Marcios Manduley”, municipio centro Habana, Cuba. Los datos se recolectaron por el

cuestionario SMAQ más información de las historias clínicas. Los criterios de inclusión fueron: 1) Mayor de 18 años. 2) Diagnóstico de VIH/SIDA. 3) Recibe tratamiento antirretroviral. La muestra estuvo conformada por 153 pacientes. Resultados: El 70.5% tuvo correcto apego al TARGA. La relación entre el apego y la menor edad fue estadísticamente significativa. No existe una relación significativa entre el sexo y el apego. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el apego y los años de tratamiento.

Letta-Demissie et al. (2015), estudio de tipo transversal en pacientes VIH positivos que se atienden en centros de salud públicos en Harar y Dire Dawa, Etiopia. La junta de datos se hizo a través de un cuestionario en una entrevista presencial. Los criterios de inclusión fueron: 1) Personas con diagnóstico de VIH, 2) Mayor de 18 años, 3) Al menos 3 meses de TARGA. La muestra estuvo conformada por 626 pacientes. Resultados: El nivel de apego fue del 85%. El apego fue superior en el grupo de edad entre 35-44 años. Las personas que tenían un ingreso económico alto presentaron mayor nivel de apego. Aquellos que tenían un buen apoyo familiar presentaron mejor nivel de apego en contraparte a quienes vivían en familias disfuncionales.

Suarez-Villa et al. (2018), estudio descriptivo trasversal en pacientes atendidos en un centro de salud de la Ciudad de Santa Marta, Colombia. La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario. Los criterios de inclusión incluyeron: 1) Pacientes mayores de 18 años, 2) Pertenecientes al centro de salud. La muestra estuvo conformada por 193 pacientes. Los resultados fueron: La no adherencia se relacionó a una edad menor a 40 años y estrato socioeconómico bajo.

Varela y Hoyos (2015), estudio de tipo observacional transversal en pacientes con VIH de 9 instituciones de salud de la ciudad de Cali, Colombia. La recopilación de datos se hizo por medio de un cuestionario. Los criterios de inclusión: 1) Diagnóstico confirmado de VIH,

2) Mayores de 18 años, 3) Tratamiento en al menos 6 meses, 4) Aceptar participar en el estudio. La muestra estuvo conformada por 277 pacientes. Los resultados: Se descubrió una relación estadísticamente significativa entre la no adherencia y la edad, el sexo y el estado socioeconómico.

Hernandez-Rodriguez et al. (2012), estudio de tipo descriptivo transversal en pacientes con VIH que asisten a consulta en un hospital de segundo nivel en la ciudad de Reynosa, México. La recogida de datos se hizo a través de una cedula de datos personales y de comportamientos, elaborado por Julio Alfonso Piña. Los criterios de inclusión fueron: 1) Mayor de 18 años, 2) Que se atiende en el hospital del estudio. La muestra fue de 62 personas. Los resultados mostraron: Existe un apego del 90.3%. El mal apego se debió a factores como, efectos adversos muy molestos (50%) y por voluntad o decisión propia (66.7%). Los factores asociados a un buen apego fueron: por experimentar los beneficios (83.9%), por personas cercanas (75%) y por el deseo de mantenerse saludable.

Kim-Lee et al. (2018), estudio de tipo cohorte en pacientes que se atendieron en el Seguro Nacional de Salud de Corea entre el 2009-2016. La recolección de datos se obtuvo del Centro Coreano para el control y la prevención de enfermedades infecciosas (KCDC). Los criterios de inclusión incluyeron: 1) Tener VIH confirmado, 2) Ser mayor de 18 años, 3) Tener más de 3 meses de tratamiento con el TARGA. La muestra estuvo conformada por 8501 personas. Los resultados mostraron que: Los factores que se vinculan a una mala adherencia son ser de sexo femenino, tener entre 0 a 19 años, nivel socioeconómico bajo y haber sido diagnosticado en los años más tempranos.

1.2.2. Antecedentes nacionales

Mendieta (2019), estudio de tipo cuantitativo en pacientes con VIH que reciben TARV

en el Programa de Control de ITS-SIDA del Hospital la Caleta de Chimbote, Perú. La recolección de datos se hizo por medio del cuestionario SMAQ. Los criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes >18 años, 2) Aceptar llenar el cuestionario voluntariamente. La muestra estuvo conformada por 152 pacientes. Resultados: Se encontró una relación significativa con el apego el tener un cónyuge ($p=0.002$ y $p<0.01$). No existe ningún vínculo entre los factores edad, sexo, genero, orientación sexual, procedencia, grado de instrucción y tipo de familia con el apego al TARV.

Santos (2018), estudio de tipo descriptivo con diseño no experimental, de corte transversal, que se realizó en pacientes del servicio de Infectología del Hospital Belén, Trujillo. El instrumento de acopio de datos fue el cuestionario SMAQ, elaborado por Francisco J. Suarez; y la técnica de recolección de datos fue la encuesta. Los criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes con diagnóstico de VIH que reciban TARV en el servicio de Infectología. La muestra estuvo conformada por 118 pacientes. Los resultados fueron: Se encontró un alto nivel de apego en el 54,2% de los pacientes, nivel de apego media en el 39%. Los factores que mostraron un gran apego al TARV fueron: edad de 46-59 años, estado civil, grado de instrucción, creencias religiosas, apoyo familiar e ingreso económico. Se encontró conexión de manera significativa al factor conyugal ($p<0.05$). Se infiere que no hay asociación entre edad, sexo, genero, orientación sexual, procedencia, grado de instrucción y tipo de familia relacionado a el apego en los PVVS atendidos en el Hospital la Caleta, 2019.

Alfaro (2020), estudio de tipo cuantitativo de corte transversal descriptivo que se realizó en pacientes del programa TARGA del Hospital Belén, Trujillo. El instrumento de recolección de la información fue el cuestionario de tipo SMAQ. Los criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes desde los 18 hasta los 65 años, 2) Pacientes correctamente registrados en el programa TARGA, 3) Pertenecer al programa como mínimo por 3 meses. La muestra fue

de 60 pacientes con VIH del programa TARGA. Los resultados fueron los siguientes: Se exhibe que no hay relación entre el nivel socioeconómico y el apego al TARGA. El apego es más alto en aquellos que no presentan reacciones adversas. Se descubrió una relación directamente proporcional entre el apego y el nivel de información que recibe el paciente.

Guevara (2018), estudio de tipo descriptivo, con diseño no experimental de corte transversal, en pacientes del Hospital Belén, Trujillo. El medio de acopio de datos fue el cuestionario SMAQ y la técnica fue la encuesta. Los criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes con diagnóstico de VIH, 2) Atendidos en el servicio de infectología del Hospital Belén. Se tuvo una población de 540 pacientes y una muestra de 118 pacientes. Los resultados mostraron que hay una relación altamente significativa entre el apego al TARGA y la edad, el estado civil, el grado de instrucción, las creencias religiosas y apoyo familiar.

Barrera-Gomez et al. (2021), estudio de tipo transversal en pacientes con VIH, que toman terapia antirretroviral en el Hospital Daniel Alcides Carrión. Los datos se recopilaron a través del cuestionario (Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral CEAT-VIH). Dentro de los criterios de inclusión se consideró la participación voluntaria de las personas. La población estuvo formada por 540 personas y la muestra incluyó a 117 personas, seleccionadas a través del muestreo no aleatorio simple. Los resultados indicaron: El 17.10% no presentaron apego al TARV. El sexo y las comorbilidades relacionadas al VIH/SIDA, se asociaron a mal apego al TARV. La carga viral inicial actuó como factor protector para adherirse al TARV.

Ipanaque (2022), estudio observacional, analítico caso control, prospectivo en pacientes de un hospital de la región de Piura. Los datos se juntaron a través de las encuestas y la revisión de historias clínicas. Los criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes con diagnóstico confirmado, 2) Mayores de edad, 3) Inscritos en el programa de prevención y

control de VIH/SIDA. La población era de 92 y la muestra fue 56 controles y 56 casos de pacientes de un Hospital de la región de Piura, atendidos entre 2018-2020. Los resultados fueron: el 55% fueron no adherentes y el 45% fueron adherentes. A mayor edad (40-59 años) y el estar casado presentan mayor posibilidad de ser adherentes. Los pacientes que consumían alcohol tenían 4.4 veces, mayor riesgo de no ser adherentes.

Ticlihuanca (2019), estudio de tipo no experimental, descriptivo, de corte transversal y enfoque cuantitativo, en personas que tienen VIH y se atienden en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao. Se recolecto los datos por medio de la entrevista y se utilizó el cuestionario CEAT-VIH. Los criterios de inclusión fueron: 1) Pacientes atendidos por el consultorio de Infectología del HDAC, 2) Mayores de 18 y menores de 69, 3) Estar con TARGA un mínimo de 6 meses. La población de estudio estuvo conformada por 108 pacientes adultos con VIH. Los resultados mostraron un apego en el 85% de los pacientes. Dentro de los factores asociados a un buen apego se encontró una buena relación con el médico. El 90% no ha dejado un día sin tomar sus medicamentos. El 80% menciona que consume el tratamiento a la hora adecuada.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores relacionados al apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel del apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.
- Identificar los factores sociodemográficos que influyen sobre el apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.

- Identificar los factores personales en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.
- Identificar los factores asociados al fármaco que influyen sobre el apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.
- Establecer los factores asociados a la enfermedad que influyen sobre el apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.

1.4. Justificación

Teniendo en consideración que la infección por el VIH continúa siendo de las problemáticas de salud pública más importante en el globo, el estudio se justifica en el hecho que permite poder identificar las características que se relacionan a una buen o mal apego al antirretroviral; así el conocer los factores que acercan o alejan a los pacientes de un correcto tratamiento nos permite poder trabajar en ellos para tratar de solucionarlos y conseguir el mayor apego posible en nuestra población. Es de suma importancia debido a que un mejor apego al antirretroviral disminuye la posibilidad de contagios por la vía sexual por ejemplo en las relaciones sexuales casuales, disminuye la posibilidad de contagio por la vía vertical (madre al hijo en el parto) y disminuye las infecciones oportunistas.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis alterna

Los factores sociodemográficos no se asocian al apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.

1.5.2. Hipótesis nula

Los factores sociodemográficos se asocian al apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. *Virus de inmunodeficiencia humano*

2.1.1.1. Definición. El VIH es un ARN virus que pertenece a la familia de los retrovirus, nombrados así por tener una enzima denominada transcriptasa reversa que es vital para completar el ciclo del virus. Dentro de los retrovirus hay 2 subfamilias patógenas para el humano, los oncovirus y lentivirus. En los oncovirus se encuentran el HTLV-1 y HTLV-2, que se asocian a neoplasias y alteraciones neurológicas. Los lentivirus incluyen a VIH-1 y VIH-2, los cuales se parecen genéticamente, pero tienen una clara diferencia epidemiología. (Soto, 2004)

El VIH posee de una bicapa lipídica externa, que forma la envoltura, y en donde también se encuentra glicoproteínas virales. La glicoproteína de superficie gp120 está pegada de forma no covalente a la glicoproteína gp41; los cuales son imprescindibles para la actividad biológica del virus ya que son el sitio de unión e interacción con las células blanco. (Santana y Salido, 2003)

Inferior a la envoltura, la proteína p17 se encuentra formando la matriz de una forma icosaédrica. Cada partícula viral del VIH está formada por dos copias idénticas de RNA de una sola cadena, el cual se encuentra protegido por una cubierta proteica llamada cápside (“core”) y el cual está conformado por la proteína p24. Dentro de la cápside se encuentran todo el recurso necesario para armar un nuevo virus, las proteínas virales (p15, p55, p66, p11, p17, p6) y un par de enzimas transcriptasa reversa, que va a convertir el ARN genómico del virus en ADN para luego ser integrado al genoma celular de la célula blanco. (Soto, 2004; Santana y Salido, 2003)

Como pasa con todos los retrovirus, en el genoma del VIH encontramos 3 partes codificantes; gag, pol y env, que codifican, respectivamente, las proteínas de la cápside,

enzimas necesarias para la replicación y la envoltura del virus. Las proteínas adicionales expresadas por el virus van a ser parte de la estructura del virus (Vif, Vpr, Vpx), regulan la expresión génica viral (tat, rev) o interactúan con la célula para facilitar la propagación del virus (Vpu, Nef). Son estas proteínas adicionales las que van a incrementar la complejidad de la organización y expresión del VIH, es por ello por lo que se propone que los lentivirus deben ser llamados retrovirus complejos. (Santana y Salido, 2003)

2.1.1.2. Ciclo biológico del VIH. La llegada del virus a la célula se produce por la interacción secuencial de los receptores, CD4 y los receptores de quimiocinas CCR5 y CXCR4. El primer contacto se da entre la gp120 y CD4, lo cual induce una serie de cambios conformacionales que forman el dominio de unión de la gp120 a los receptores de quimiocinas. Esta segunda intercomunicación forma nuevos cambios en la estructura de la gp41 que se va a terminar anclándose y fusionándose a la membrana plasmática de la célula. (Arenzana, 2008; Zolla y Cardozo, 2010)

Una vez unidas las membranas viral y celular, la nucleocápside entra en la célula para que luego sus proteínas se desensamblen y dejar libre el material genético. Este paso es evitado por la proteína celular TRIM5 α , por lo que para que el VIH pueda infectar a la célula debe formar proteínas que le permitan eludir el TRIM5 α . El curso de formación de ADN a partir de ARN viral es hecho por el complejo enzimático de la transcriptasa reversa. Una vez fabricado el ADN proviral se va a acoplar a factores celulares y virales (Vpr) formando un complejo de preintegración, el cual será llevado al núcleo en donde se unirá al genoma de la célula huésped. (Alcamí y Coiras, 2011)

Una vez en estado de integración, la multiplicación del VIH comenzará mediante la transcripción del genoma viral. En una primera etapa, la transcripción no necesita proteínas virales y depende solo de factores celulares. El principal factor celular involucrado en el paso de latencia a reactivación es el NF- κ B, una familia de proteínas que regulan la expresión de

múltiples genes que participan en el reconocimiento y activación inmunitaria. Este factor está inactivado en los linfocitos CD4 en estado de reposo, lo cual dice que la replicación viral está relacionada con el estado de activación de los linfocitos. (Alcamí y Coiras, 2011)

Una vez iniciada la formación del ARN viral, la proteína viral “Tat” aumenta la transcripción del genoma del VIH y permite la elongación completa del ARN viral. El ARNm del VIH se desarrolla en forma de un único transcrito y por acción de la proteína viral “Rev” se transporta al citosol donde es procesado y posteriormente acoplado a los ribosomas que sintetizarán las proteínas virales. Luego de ser sintetizadas, las proteínas virales deben ser procesadas antes de agruparse para formar las partículas maduras. (Chiu-Soros et al., 2005)

La maduración final de los viriones y el agrupamiento correcto de las proteínas virales se produce en el proceso de gemación a través de la membrana celular por la acción de la proteasa viral que forma partículas virales maduras. Cuando se produce la gemación de los viriones, estos son liberados al espacio extracelular gracias a que se inhibe a la proteína de membrana “tetherina” que actúa como un secuestrador de viriones. La proteína Vpu del VIH-1 baja la expresión de los niveles de tetherina, por lo cual permite la liberación de los viriones. (Coiras-Lopez et al., 2010; Neil-Zang et al., 2008)

2.1.1.3. Mecanismos de linfopenia CD4.

A. Alteración de la homeostasis de linfocitos CD4.

Redistribución linfocitaria: El virus suele acumularse en los órganos linfoides, sobre todo en las extensiones interdigitales de las células dendríticas, lo cual genera una acción de “secuestro” de los linfocitos CD4 en estas zonas, sin que signifique eso un daño inmunológico de la infección. Luego del inicio del TARV se da una disminución del virus extracelular con lo cual hay un aumento de linfocitos CD4 en la sangre. (Alcamí y Coiras, 2011)

Bloqueo en la regeneración linfocitaria: La replicación viral activa provocaría un bloqueo en la formación de nuevos linfocitos por parte de los órganos inmunológicos centrales

como timo o medula ósea; esto gracias a que cuando se inicia TARV se produce un aumento en la cinética de división linfocitaria (McCune, 2001).

B. Destrucción de CD4 por efecto citopático directo.

Hay una muerte de linfocitos CD4, sobre todo de linfocitos activados que son más susceptibles a la infección y replicación viral debido a que: 1) presenta muchos niveles de receptor CCR5 en su alrededor, 2) disponen de niveles altos de nucleótidos y ATP que conceden la retrotranscripción completa del genoma viral y su transporte al núcleo y 3) tienen activados los factores de transcripción que el VIH necesita para su replicación. Es así como la aniquilación de linfocitos CD4 activados es muy superior a la de linfocitos no activados; esto explica porque los linfocitos CD4 del sistema GALT, que tienen una gran actividad, se encuentran masivamente destruidos. (Coiras-Lopez et al., 2009; Mehandru-Poles et al., 2004; Veazey-Marx et al., 2001)

C. Mecanismos no directos de destrucción de CD4.

Destrucción mediante mecanismo inmunitarios: Los linfocitos CD4 infectados se vuelven objetivos del sistema inmune y al expresar péptidos virales en sus moléculas HLA-1, se vuelven propensos al reconocimiento y aniquilación por linfocitos citotóxicos. (Alcamí y Coiras, 2011)

Apoptosis por proteínas nocivas del virus: La apoptosis es un mecanismo fisiológico por medio del cual se da una muerte celular, pero de forma programada y controlada. Este mecanismo es importante ya que ofrece una forma de regulación frente al desarrollo de los sistemas como en la embriogénesis, hematopoyesis, etc. Según algunos estudios, el VIH tendría la capacidad de inducir la apoptosis a través de diversos mecanismos: 1) activación crónica del sistema inmunitario, 2) interacción entre los receptores y envuelta viral, 3) efecto nocivo de proteínas virales, 4) aumento de la expresión de ligandos citotóxicos y 5) formación de citocinas por linfocitos y macrófagos. (Gil-Bermejo et al., 2004)

D. Cinética de replicación viral y respuesta inmunitaria en los diferentes estadios de la infección.

Infección reciente: En caso la transmisión fuere por vía sexual, son las células dendríticas y linfocitos del sistema GALT, de la mucosa vaginal y rectal, que representan la primera diana. A partir de este primer contacto se da una multiplicación y expansión local, a las 48-72h de la infección, a los linfocitos circundantes y posteriormente a los ganglios linfoides. (Miller-Li et al., 2005)

Infección Crónica: El sistema HLA provoca una respuesta inmunitaria a las 12 semanas de la infección y forma anticuerpos específicos y linfocitos CD8 con actividad citotóxica frente al VIH. Estos mecanismos producen una regulación casi completa de la replicación del virus y provocan una caída en el virus, produciendo un nuevo basal. Esta respuesta inmunitaria sin embargo es incapaz de eliminar al virus, quien se ha almacenado en distintos reservorios en donde continúa multiplicándose y adaptándose para evadir la respuesta inmune. Es esta etapa de acción y adaptación entre el virus y el sistema inmune que identifica a la fase crónica que se mantiene por años. Con el paso de los años, el sistema inmunitario va perdiendo la capacidad de controlar al virus debido a que, las nuevas variantes virales infectan y destruyen linfocitos CD4 y que la gran replicación viral mantenida por años hace que haya alteraciones en la maduración y activación de linfocitos CD4 y CD8, con un consiguiente envejecimiento pronto del sistema. (Douek-Roederer et al., 2009)

Estadio avanzado de la enfermedad: Se identifica clínicamente por la aparición de infecciones oportunistas, descenso del número de linfocitos CD4 y subida de la carga viral. Esto ocurre porque el sistema inmunitario se vuelve imposible poder controlar la replicación viral persistente, que causa una mayor generación de nuevas cepas “mutantes” que tienen la capacidad de evadir la respuesta inmune. En esta etapa hay un deterioro tanto de la respuesta humoral como celular frente al VIH: descienden los niveles de anticuerpos, baja la acción

citotóxica, disminuye los linfocitos CD8 y disminuye la actividad de los natural killer (NK). Es así que el paciente alcanza un punto crítico en donde se hace susceptible a infecciones oportunistas y se instaura la fase de SIDA. (Alcamí y Coiras, 2011)

2.1.1.4. Vías de transmisión. El VIH solo se puede transmitir cuando hay contacto entre fluidos que contengan una alta carga viral. No se transmite de forma casual en abrazos, besos secos o saludos con las manos.

El virus ha sido encontrado en la saliva, las lágrimas, la orina, el semen, el líquido preseminal, los fluidos vaginales, el líquido amniótico, el líquido cefalorraquídeo y la sangre, entre otros.

Vía Sexual: Representa la principal vía de infección en el mundo. Esta forma de transmisión incluye las relaciones heterosexuales, así como la penetración anal, vaginal y el sexo oral.

Uso de sangre y hemoderivados contaminados: Esta vía está bastante controlada en varios países y se mantiene una vigilancia epidemiología sobre este. A pesar de eso no es posible eliminar por completo debido al periodo de ventana (durante los primeros meses de la infección), en donde las pruebas serológicas salen negativas debido a que no hay anticuerpos.

Transmisión de la madre al feto (vertical): Se divide en 3 momentos: Vía transplacentaria, durante el trabajo de parto por contaminación en el canal y lactancia materna. El riesgo de transmisión al feto era de 15-45%, pero con la TARV esta puede reducir a 1%. Esta recomendada la vía vaginal si la carga viral es indetectable. La lactancia materna esta contraindicada. (Lamotte, 2014)

2.1.2. Estadios de la infección por VIH

En el proceso infeccioso del VIH se pueden identificar las siguientes etapas:

2.1.2.1. Fase de infección aguda retroviral. Esta puede ser asintomática, como en la mayoría de las ocasiones, o presentar síntomas muy variados, entre los cuales resalta:

- ✓ Síntomas generales (fiebre, faringitis, linfadenopatias, artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso),
- ✓ Síntomas dermatológicos: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia.
- ✓ Gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y úlceras mucocutáneas
- ✓ Neurológicos: cefalea, dolor retroorbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y Síndrome de Guillain Barre.

De forma general, estas manifestaciones duran de 6 a 8 semanas aproximadamente y no necesitan de tratamiento específico, solo sintomáticos.

2.1.2.2. Fase asintomática de la infección por VIH u oportunistas menores. Es la fase más larga de la enfermedad, la de portador asintomático; y puede durar desde un año hasta los 8 años, aunque se ha visto que puede durar más debido a los nuevos tratamientos. Es en esta etapa en donde hay una replicación activa del virus por esta se ve compensada debido a una replicación incluso mayor de los linfocitos CD4.

Puede pasar de forma inadvertida o puede presentar un síndrome adenoideo con las características siguientes: mayor de 3 meses de evolución, con ganglios firmes, pero no leñosos, móviles, no dolorosos, sin alteraciones en la piel que los recubre y que ocupan 2 o más regiones contiguas. Esta forma de presentación se llama linfadenopatía generalizada persistente y puede ir acompañada de esplenomegalia. El diagnóstico en esta fase es por medio de la serología VIH.

Se pueden identificar 3 patrones evolutivos en esta etapa: El primer grupo, el más frecuente con un 80%, llamado “Progresores típicos” los cuales progresan al estadio SIDA en un periodo de 5 a 10 años desde el momento de la inoculación de virus. Otro grupo son los “no progresores”, llamados así porque pueden llegar al estadio SIDA luego de más de 10 años. Por último, están los “Progresores rápidos”, aproximadamente un 5%, que pueden llegar al

estadio SIDA en 1 a 5 años desde la inoculación de virus. (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas [SAEI], 2003)

2.1.2.3. Fase final o síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA). En esta fase la capacidad replicativa y defensiva del sistema inmune se ha visto superada por el virus. Se caracteriza por la aparición de un mal estado general y la aparición de “enfermedades definitorias de SIDA” tales como enfermedades oportunistas y neoplasias características de esta etapa tal como se en la tabla 1. (Mendoza-Gonzales et al., 2021)

Tabla 1

Enfermedades definitorias de SIDA

Cáncer cervical (invasivo)
 Candidiasis esofágica
 Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones
 Coccidioidomicosis (diseminada o extrapulmonar)
 Criptococosis (extrapulmonar)
 Criptosporidiosis intestinal crónica (>1 mes de duración)
 Encefalopatía asociada al VIH
 Enfermedad por citomegalovirus que no afecte a hígado, bazo y nódulos
 Herpes simple: úlceras crónicas (>1 mes de duración); o bronquitis, neumonitis o esofagitis
 Septicemia recurrente por Salmonella
 Histoplasmosis (diseminada o extrapulmonar)
 Isporiiasis (intestinal crónica >1 mes de duración)
 Leucoencefalopatía multifocal progresiva
 Linfoma inmunoblastico
 Linfoma cerebral primario
 Linfoma de Burkitt
 Mycobacterium avium complex o Mycobacterium kansasii (diseminada o extrapulmonar)
 Mycobacterium, otras especies o especies sin identificar (diseminada o extrapulmonar)
 Neumonía (recurrente)
 Neumonía por Pneumocistis jirovecii
 Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión)
 Sarcoma de Kaposi
 Síndrome de emanación por VIH
 Toxoplasmosis cerebral
 Mycobacterium tuberculosis (extrapulmonar o pulmonar)
 Leishmaniasis visceral

Nota. Tomado de “Características y situación clínica de la población reclusa infectada por el

VIH de los centros penitenciarios españoles”, por Hoya, 2006, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 8.

2.1.3. Clasificación clínica del VIH

También existe una clasificación clínica del VIH basándose en el nivel de CD4 y las manifestaciones clínicas dada por la CDC USA. Dicha la clasificación la podemos ver en la tabla 2.

Tabla 2

Clasificación clínica del VIH

Recuento CD4	A Asintomático o SRA	B Sintomático no A ni C	C Condición indicador de SIDA
< 500/mm ³ >28%	A1	B1	C1
200-499/mm ³ 14-28%	A2	B2	C2
<200/mm ³ <14%	A3	B3	C3

Nota: Tomado de la clasificación de la CDC USA para Infección por VIH (Castro-Curran et al., 1993).

Categoría A. Se encontrarán en esta categoría aquellas personas mayores de 13 años que no hayan estado en la categoría B o C y que presenten una o más de las siguientes características. (MINSa, 2020)

- Infección asintomática por VIH
- Linfadenopatía persistente generalizada
- Infección aguda por VIH con enfermedades acompañantes tales como: Meningitis

Aséptica, artritis, faringitis, síndrome mononucleosido, síndrome de Guillain Barre o cuadros pseudogripales.

Categoría B. Se encontrarán un grupo de enfermedades indicativas de inmunosupresión pero que no entran dentro de la categoría C, tales como. (Castro-Curran et

al., 1993)

- Angiomatosis Bacilar.
- Candidiasis orofaríngea y/o candidiasis vulvovaginal persistente.
- Carcinoma cervical in situ / Displasia cervical moderada o severa.
- Fiebre, baja de peso y/o diarrea de más de 1 mes de duración.
- Leucoplasia vellosa u oral.
- Herpes Zoster, al menos 2 episodios distintos o la afectación de más de un dermatoma.
- Purpura Trombocitopénica Idiopática
- Listeriosis
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria, complicada con absceso tubo-ovárico
- Neuropatía periférica

Categoría C. Se encontrarán dentro de este grupo las categorías A3, B3 y todas las C.

Las enfermedades que aparecen en esta categoría se listan en la tabla 1.

2.1.4. Diagnóstico del VIH

Podemos identificar el virus del VIH por medio de métodos directos, los cuales demuestran la presencia del virus o de sus componentes (ej. proteínas). Tenemos el cultivo viral y detección de ácidos nucleicos (ej. PCR). Los métodos indirectos van a detectar la respuesta inmunológica, ya sea humoral o celular, tales como la detección de anticuerpos específicos (pruebas serológicas); pruebas de selección: ELISA, aglutinación, etc.; pruebas de confirmación y suplementarias: WB, IFI, LIA, etc. (Holodniy, 1999)

Los métodos más usados son la detección de anticuerpos en suero tal como el ELISA (enzimoinmunoanálisis) que detecta IgG. Esta técnica ha ido mejorándose con el pasar de los años, es así como ahora contamos con los ELISA de cuarta generación los cuales detectan de forma simultánea anticuerpos y el antígeno p24, reduciéndose así el periodo de ventana a 13-15 días y reduciendo así la posibilidad de falsos negativos, por lo tal en un principio no requiere

confirmación. (Butto, 2010)

También existen las pruebas rápidas que pueden ser usadas en situación urgentes. Estos se fundamentan en la aglutinación de partículas sensibilizadas de látex o eritrocitos. Puede haber falsos negativos cuando hay bajo nivel de anticuerpos o en estadios recientes de la enfermedad. Tienen una sensibilidad del 85-99% y una especificidad del 93-99%. (Black, 2009)

Los métodos confirmatorios más conocidos son el wester blot (WB) o inmunoensayo en línea (LIA) que tienen mayor especificidad que las pruebas ELISA. El WB usa un procedimiento en el cual las proteínas del virus se dividen en función de su peso molecular mediante electroforesis y sobre la cual se añade el suero del paciente y se incuba. La unión antígeno anticuerpo se detecta por medio del método ELISA. Si hay presencia de anticuerpos esta se detectara por que se pintara una banda. Es justamente ese motivo por el cual la interpretación puede estar ligada a la subjetividad, porque se basa en la lectura de las bandas. (Fazida, 1995)

2.1.5. Tratamiento del VIH

En la actualidad el tratamiento antirretroviral con una combinación de al menos 3 fármacos constituye el manejo de elección para la infección del VIH, ya que retrasa la progresión natural de la enfermedad, evita la presencia de infecciones por enfermedades oportunistas con lo cual disminuye los ingresos hospitalarios. (Codina, 2002)

El inicio del TARV debe hacerse en el tiempo más corto posible y de no haber completado la evaluación esta se pueden completar luego del inicio del tratamiento. El inicio del TARV es independiente del estadio clínico, nivel de CD4 o la carga viral. El inicio del tratamiento es voluntario y se realizara previa información al paciente sobre los beneficios y riesgos del tratamiento, así como del riesgo de no tomar el medicamento.

Todos los pacientes que van a iniciar TARV deberían contar con los siguientes

exámenes tal como: hemograma completo, TGO, TGP, glucosa en ayunas, creatinina, radiografía de tórax, dos baciloscopias para tuberculosis en esputo, detección de otras infecciones de transmisión sexual como VHB y sífilis, detección de CD4 y carga viral.

El esquema de primera línea para pacientes sin antecedente de uso de TARV será: Tenofovir 300mg / Lamibudina 300mg / Dolutegravir 50mg en una sola tableta a dosis fija combinada cada 24 horas.

Si el uso del primer esquema está contraindicado o si se presentan efectos secundarios se puede usar: Tenofovir 300mg / Lamibudina 300mg / Efavirenz 400mg o Tenofovir 300mg / Emtricitabina 200mg / Efavirenz 600mg en una sola tableta a dosis fija combinada cada 24 horas. (MINSA, 2020)

2.1.6. Apego al TARV

El apego al tratamiento antirretroviral es el grado en el que el paciente cumple las indicaciones terapéuticas, por lo que es importante una correcta adherencia para mantener un nivel indetectable de carga viral, mantenerla suprimida y en consecuencia retrasar la evolución clínica de la infección, en más de favorecer así el sistema inmunológico y evitar las complicaciones. Knobel-Escobar et al. (2005) menciona que el apego es la facultad del paciente para involucrarse de forma correcta en la elección, comienzo y monitoreo del tratamiento antirretroviral, que permitirán el cumplimiento estricto con la finalidad de suprimir la carga viral. La Norma Técnica de Salud de Atención Integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), define el apego como el comportamiento que se ajustara a la toma correcta de medicamentos, siguiendo un régimen alimentario y ejecutando cambios en los estilos de vida de acuerdo con las indicaciones del personal de salud. (MINSA, 2020; Mesias, 2022)

La literatura indica que el apego al tratamiento antirretroviral debe ser del 95% para lograr una eliminación de la multiplicación viral y así un correcto control de la enfermedad.

Por el contrario, un mal apego se asocia a una subida en complicaciones de la enfermedad y un aumento de ingresos hospitalarios, evolución a la etapa terminal de la enfermedad (SIDA) y resistencia genética a la terapia, la cual es la principal causa del fracaso terapéutico. (Knobel-Escobar et al., 2005; Ladero-Orejudo et al., 2005; Hecht-Grand et al., 1998)

El apego al tratamiento antirretroviral se puede dividir en 2 grupos: un apego óptimo, haciendo referencia a un cumplimiento estricto de las pautas de tratamiento (un 95% de la dosis mensual), y la baja o mal apego, lo cual implica no tomar los medicamentos al tiempo y modo establecido, no logrando los objetivos del tratamiento y siendo factor de riesgo de fracaso al tratamiento. (Red Venezolana de gente positiva, 2008; Rosas-Cardozo et al., 2015)

Existen métodos directos o indirectos para valorar el apego al TARV. Dentro de los métodos directos están por ejemplo la medición plasmática de los antirretrovirales, el cual es considerado el más objetivo, pero presenta limitaciones debido al comportamiento cinético de los fármacos y debido al elevado costo que involucraría no es aplicable de manera rutinaria. Entre los métodos indirectos: la valoración por el médico a través de instrumentos metodológicamente validados internacionalmente, sistemas de control electrónico de apertura de envases (MEMS), recuento de medicación y registros de dispensación. Los MEMS son dispositivos electrónicos que llevan un microprocesador que registra el día y la hora en la cual se abre el envase; por lo cual son un método muy fiable y con una alta correlación con la efectividad del tratamiento, sin embargo, su uso queda restringido más a la investigación debido a su alto costo. El recuento de la medicación es un método poco costoso y objetivo, pero produce una sobrestimación de el apego. El uso de medios de recolección de datos validados son un método sencillo, económico y accesible, por lo cual hace factible su reproducción. (Knobel-Escobar et al., 2005; Gordillo-Del Amo et al., 1999; Liu-Golin et al, 2001)

Demostrada la importancia de el apego, múltiples estudios han identificado que existen

varios factores que influyen en el apego al TARV, los cuales los podemos clasificar en: 1) Factores relacionados al paciente, 2) Factores debidos a la enfermedad en sí misma, 3) Factores relacionados al TARV y 4) Factores relacionados con el sistema de salud. (Guerra y Parra, 2000; Knobel-Escobar et al., 2005; Alvis-De Coll et al., 2009)

Entre los factores asociados al paciente están las características sociodemográficas como la edad, sexo, nivel escolar, nivel económico, creencias personales, etc. Por ejemplo, en edades pequeñas existe el problema que no pueden deglutir las capsulas. Según un estudio de Carballo-Cadarso et al. (2004) determinaron que los ingresos económicos bajos pueden influir negativamente en el apego al TARV. (Valera-Salazar et al., 2008)

Entre los factores relacionados a la propia enfermedad, esta va a depender de la etapa clínica en el que se encuentre el paciente, si hay síntomas o no, si hay complicaciones o no. Estudios han demostrado que pacientes en estadio clínico B o C presentan un mejor apego que pacientes en estadio clínico A, ya que tratan de inhibir la incidencia de infecciones oportunistas o complicaciones. (Gao-Nau et al., 2000)

Los factores relacionados al medicamento antirretroviral van a depender de la dosis, la administración, las tomas, etc. Muchos de los medicamentos solo están disponibles en comprimidos o capsulas, dificultando su consumo en niños. El sabor también puede jugar un rol importante, la mayoría tiene un sabor desagradable. Pero sin duda uno de los factores más influyentes son la presencia de efectos secundarios, tales como nauseas, diarrea, dolor abdominal entre otros, lo cual afecta el apego al tratamiento. (Pachon-Puyol et al., 2003; Van Dyke-Lee et al., 2002)

Por otra parte, los factores dependientes del sistema de salud van a depender de la accesibilidad a los centros de salud, disponibilidad de medicamentos, costos, proceso para obtener los medicamentos, difícil acceso a las consultas, barreras geográficas para acceder al sistema de salud, afiliación a un seguro de salud, entre otros. (Murphy-Sarr et al., 2003)

Según el MINSA, en la “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”, para mejorar el apego:

- a) Adecuar la toma de pastillas a la rutina del paciente, con la cual él se comprometa.
- b) Debe haber una correcta consejería y educación para el tratamiento.
- c) Se debe reconocer a los pacientes con factores de riesgo para un mal apego con el objetivo de realizar un trabajo preventivo a través de consejería de soporte e intervención psicológica.
- d) Promover el uso de herramientas que contribuyan al seguimiento y control del TARV, por ejemplo, mensajes de texto, correos electrónicos, alarmas, calendarios, entre otros.
- e) Otras medidas también pueden incluir las visitas domiciliarias, sesiones grupales e intervenciones con la familia o en grupo.
- f) Se debe realizar una búsqueda continua de pacientes en TARV que no van a los servicios de salud con la finalidad de reincorporarlos a la atención. (MINSA, 2020)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Estudio no experimental porque no se manipulan las variables, de tipo cuantitativo, de corte transversal porque se realizará en una sola medición, de tipo descriptivo correlacional ya que busca establecer la relación entre los factores sociodemográficos y el apego al TARV en pacientes con VIH que reciban tratamiento TARV en un centro de salud de Lima durante el 2024.

3.2. Ámbito temporal y espacial

El ámbito temporal del presente trabajo se encuentra entre febrero a marzo del 2024, periodo en el cual se hizo la recolección de los datos.

Con respecto al ámbito espacial, el presente estudio se encuentra espacialmente en el Centro de Salud “Lince” con dirección Jr. Manuel Candamo 495, Lince-Lima.

3.3. Variables

3.3.1. *Variable dependiente*

- Apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH que reciben TARV en un centro de salud de Lima 2024.

3.3.2. *Variable independiente*

Factores sociodemográficos.

- Edad
- Sexo
- Identidad sexual
- Orientación sexual
- Estado civil
- Creencias religiosas
- Grado de instrucción

- Ingreso económico

Factores personales.

- Número de parejas sexuales
- Persona con quien vive
- Tipo de familia donde creció
- Consumo de sustancias nocivas

Factores asociados a la enfermedad.

- Años de enfermedad
- Carga viral
- Nivel de CD4

Factores asociados al fármaco.

- Años de tratamiento
- Reacciones adversas al medicamento
- Cambio del tratamiento
- Esquema TARV
- Numero de pastillas

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por 526 pacientes con VIH que reciben TARV en un centro de salud de Lima.

3.4.2. Muestra

Para calcular la muestra se aplicó la fórmula de proporciones finitas, teniendo en consideración un nivel de confianza del 95% (1.96) y un margen de error del 5%.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{(N-1)E^2 + Z^2PQ}$$

Donde

n = Tamaño de la muestra

N = 526 Total de personas con VIH/SIDA atendidas en la población de estudio

Z = 1.96 Valor normal al 95% de confianza

p = 0.50 Proporción de adherentes al tratamiento antirretroviral

q = 0.50 Proporción de no adherentes al tratamiento antirretroviral

E = 0.07 Error en la estimación.

Reemplazando:

$$n = \frac{526 \times 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}{(526 - 1) \times 0.07^2 + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = \frac{0.96 \times 526}{(525) \times 0.0049 + 0.96}$$

$$n = \frac{504.96}{2.57 + 0.96}$$

$$n = \frac{504.96}{3.53} = 143.04$$

$$n = 143 \text{ personas}$$

La muestra quedo conformada por 143 personas diagnosticas de VIH que reciben TARV en un centro de salud de Lima. El muestreo fue probabilístico, aleatorio simple, donde se buscó seleccionar aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y excluyendo a los que no.

3.4.3. Criterios de selección

Criterios de inclusión.

- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que reciben tratamiento TARV en un Centro de Salud de Lima en 2024.

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento por mínimo 3 meses.

Criterios de exclusión.

- Pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que no reciban tratamiento TARV en un Centro de Salud de Lima durante en 2024
- Pacientes gestantes o lactantes
- Pacientes que se no quieran participar.
- Pacientes con enfermedades neurológicas, psiquiátricos.

3.5. Instrumentos

El método utilizado fue la aplicación de 2 cuestionarios: Cuestionario SMAQ y Cuestionario de recolección de datos para factores sociodemográficos, personales, asociados al fármaco y de la enfermedad

Cuestionario SMAQ: El cuestionario SMAQ fue construido y validado en España por Alonso et. al. (2002), el cual posee un coeficiente de confiabilidad alfa de 0.75, con una sensibilidad del 72% y un 91% de especificidad.

El cuestionario este compuesto por 6 preguntas: 4 preguntas de tipo cualitativo y 2 preguntas de tipo cuantitativo, el cual deberá responder el encuestado para poder valorar el grado de adherencia: adherente o no adherente. Se considerará no adherente si responde a la pregunta 1: Si, pregunta 2: No, pregunta 3: Si, pregunta 4: Si, pregunta 5: C, D o E y la pregunta 6: Más de 2 días. La pregunta 5 la podemos usar para ver el porcentaje de apego: A: 100-95%; B: 85-94%; C: 65-84%; D: 30-64% y la E: < 30%. El cuestionario tomara como no adherente cuando una o más de estas condiciones se cumplan.

Cuestionario de recolección de datos de factores asociados al TARV: Se elaboro por el propio autor una ficha de recolección de datos con opción múltiple para poder identificas los factores sociodemográficos (edad, sexo, identidad sexual, orientación sexual, estado civil,

creencia religiosa, grado de instrucción, ingreso económico), personales (número de parejas sexuales, tipo de familia donde creció, personas con quien vive, consumo de sustancias nocivas). Dicha ficha tiene las características de ser personal, anónima y privada.

3.6. Procedimientos

- Para poder realizar el presente trabajo de investigación se solicitó la autorización verbal y por escrito del director general del Centro de Salud “Lince” así como del personal a cargo del Programa TARV.
- Con autorización del centro de salud se procedió a acudir los días en los cuales se atendían los pacientes del programa TARV para el llenado de los cuestionarios.
- Se le explico a cada paciente el objetivo de la investigación y previo llenado del consentimiento informado se procedió a llenar el cuestionario.

3.7. Análisis de datos

Los datos obtenidos se pasaron a una base de datos en el programa IBM / SPSS v.29.0.2.0 (Statistical Package for Social and Science) en donde además se analizaron.

Estadística descriptiva: Se realizó la media, moda, desviación estándar, gráficos circulares y en barras de acuerdo con nuestras variables.

Estadística analítica: Para poder determinar la relación entre factores sociodemográficos y apego al TARV se usó el Chi² con un intervalo de confianza del 95% y siendo necesario un nivel de significancia <0.05 para considerarlo estadísticamente significativo.

3.8. Consideraciones éticas

- El estudio protege la identidad, privacidad y datos personales de los pacientes debido a que los instrumentos son anónimos.
- Los datos obtenidos son mantenidos en confidencialidad y usados solo para fines del estudio.

- Se tomo en cuenta los principios de ética de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.
- El informe final del presente trabajo estará disponible el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Federico Villareal y, además que se entregará directamente al director general del centro de salud para conocimiento del trabajo de investigación.

IV. RESULTADOS

Tabla 3

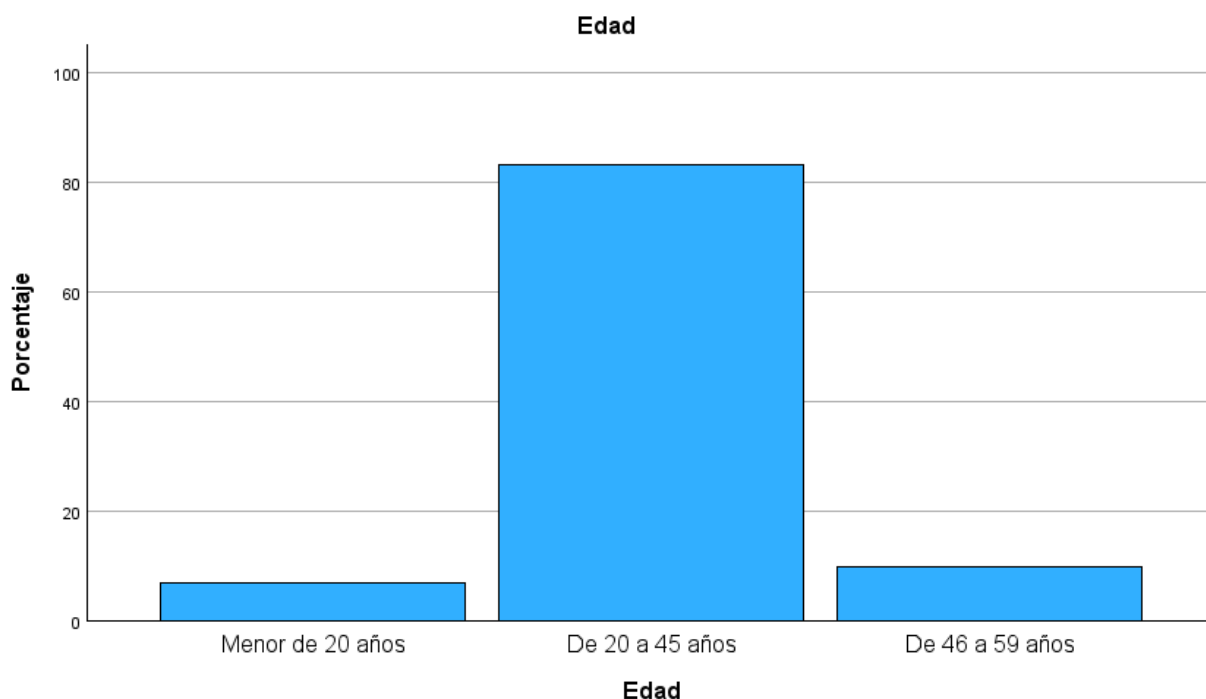
Factores sociodemográficos de los pacientes que reciben TARV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad	Menor de 20 años	10	7.0	7.0	7.0
	De 20 a 45 años	119	83.2	83.2	90.2
	De 46 a 59 años	14	9.8	9.8	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
Sexo	Masculino	142	99.3	99.3	99.3
	Femenino	1	0.7	0.7	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
Identidad Sexual	Hombre	132	92.3	92.3	92.3
	Mujer	3	2.1	2.1	94.4
	Otro	8	5.6	5.6	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
Orientación sexual	Heterosexual	6	4.2	4.2	4.2
	Homosexual	115	80.4	80.4	84.6
	Bisexual	17	11.9	11.9	96.5
	Otro	5	3.5	3.5	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
Estado Civil	Soltero	109	76.2	76.2	76.2
	Casado	2	1.4	1.4	77.6
	Conviviente	32	22.4	22.4	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
Creencias religiosas	Ninguna	25	17.5	17.5	17.5
	Cristiana	23	16.1	16.1	33.6
	Católica	79	55.2	55.2	88.8
	Otros	16	11.2	11.2	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
Grado de instrucción	Secundaria	19	13.3	13.3	13.3
	Superior Técnico	50	35.0	35.0	48.3
	Superior Universitaria	74	51.7	51.7	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
Ingreso económico	Menor de 1025	17	11.9	11.9	11.9
	De 1025 a 1500	67	46.9	46.9	58.7
	Mas de 1500	59	41.3	41.3	100.0
	Total	143	100.0	100.0	

Se encuestaron un total de 143 pacientes con diagnóstico de VIH que reciben TARV en el centro de salud de estudio. En la tabla 3 podemos observar las características sociodemográficas de nuestra población de estudio. La edad más frecuente es de los 20 a los 45 años (N=119, porcentaje 83.9%). El sexo masculino fue el más frecuente (N=142, porcentaje 99.3%). La mayoría refirieron sentirse identificados como hombres (N=132, porcentaje 92,3%). La orientación sexual más frecuente fue la de tipo homosexual (N=115, porcentaje 80.4%). La mayoría refirió estar soltero (N=109, porcentaje 76,2%). El tipo de religión más frecuente fue la católica (N=79, porcentaje 55,2%). El nivel de estudios superior universitaria fue ligeramente mayoritario (N=74, porcentaje 51,7%). La mayoría de los participantes refirió percibir unos ingresos mensuales entre los 1025 a 1500 soles (N=67, porcentaje 46.9%).

Figura 1

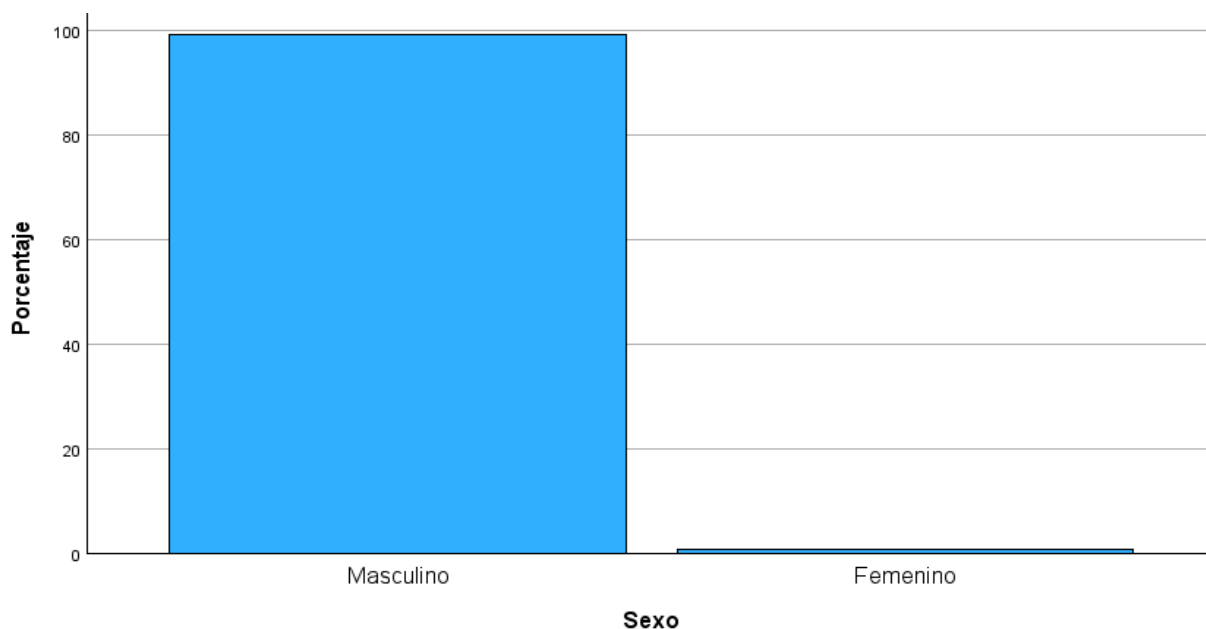
Edad de los pacientes que reciben TARV



En la figura 1 podemos observar la edad en porcentajes. Encontramos un mayor porcentaje en aquellos que tienen entre 20 a 45 años (83,9%).

Figura 2

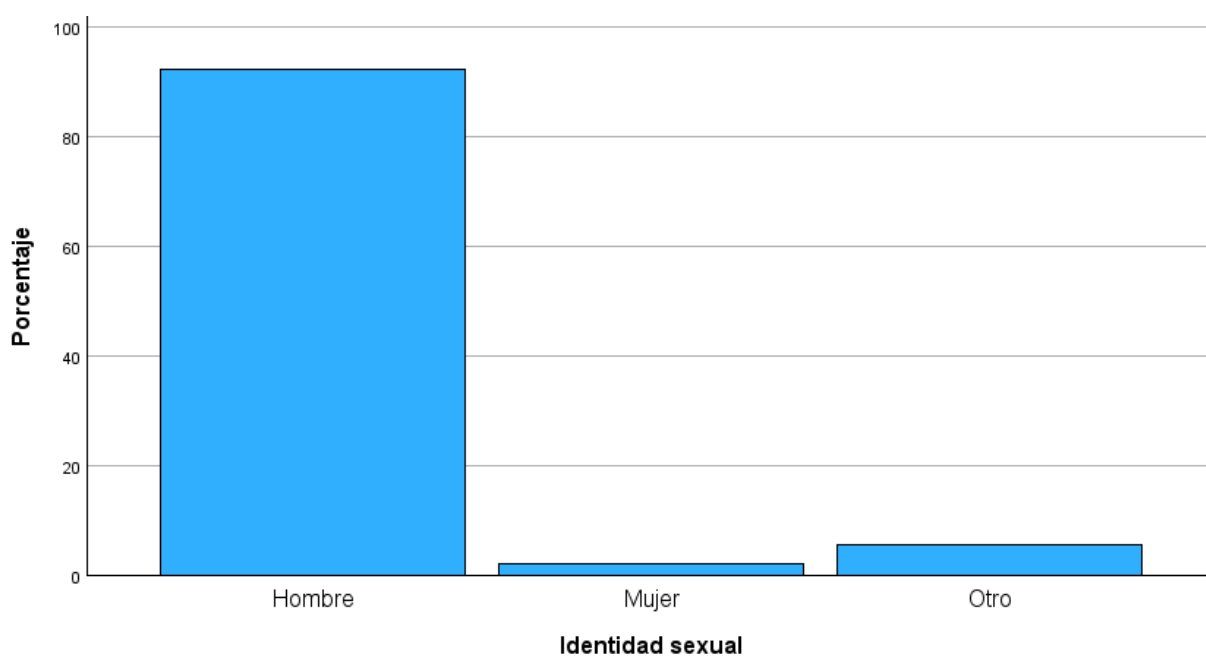
Sexo de los pacientes que reciben TARV



En la figura 2 podemos observar el sexo en porcentajes. Encontramos que el sexo masculino es mucho mayor que el femenino (99,3%).

Figura 3

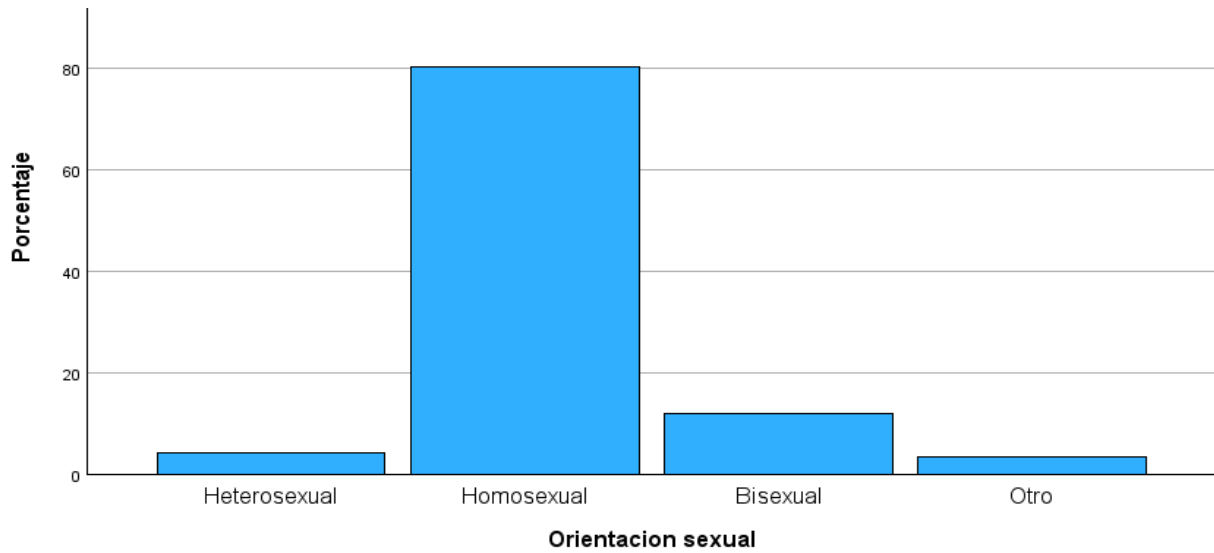
Identidad sexual de los pacientes que reciben TARV



En la figura 3 podemos observar la identidad sexual en porcentajes. Hallamos que los que se identifican como hombres son mayoría (92.3%).

Figura 4

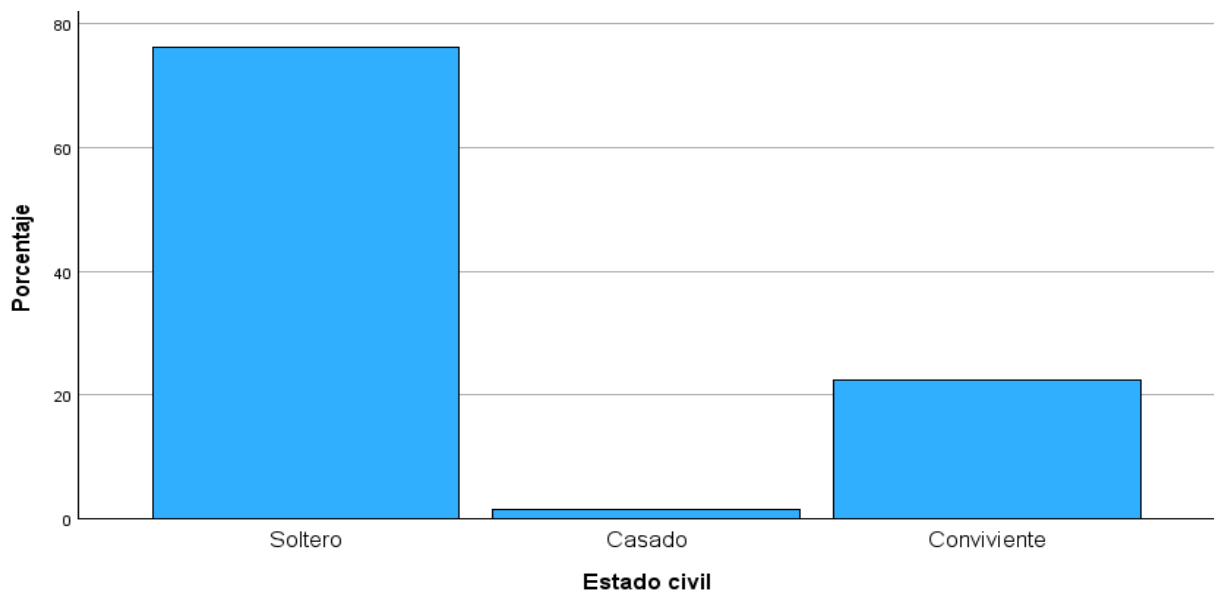
Orientación sexual de los pacientes que reciben TARV



En la figura 4 podemos observar la orientación sexual en porcentajes. Encontramos que los que tienen una orientación homosexual son un 80.4%, mientras que los heterosexuales son un 4.2%.

Figura 5

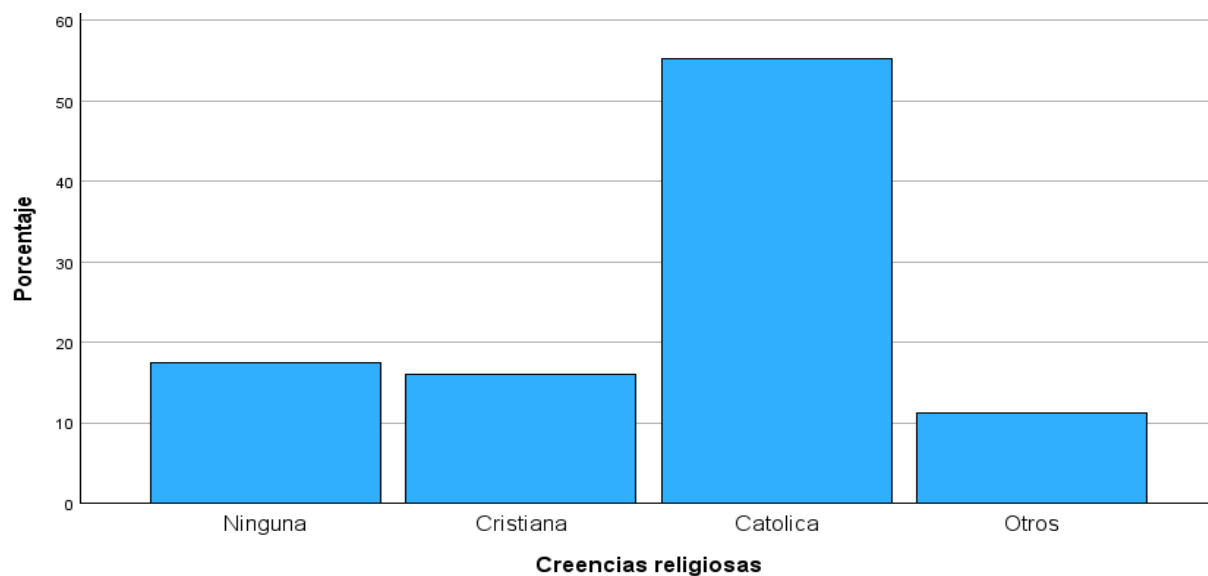
Estado civil de los pacientes que reciben TARV



En la figura 5 podemos observar el estado civil en porcentajes. Los pacientes que están solteros son un 76.2%, mientras los convivientes un 22.4% y los casados un 1.4%.

Figura 6

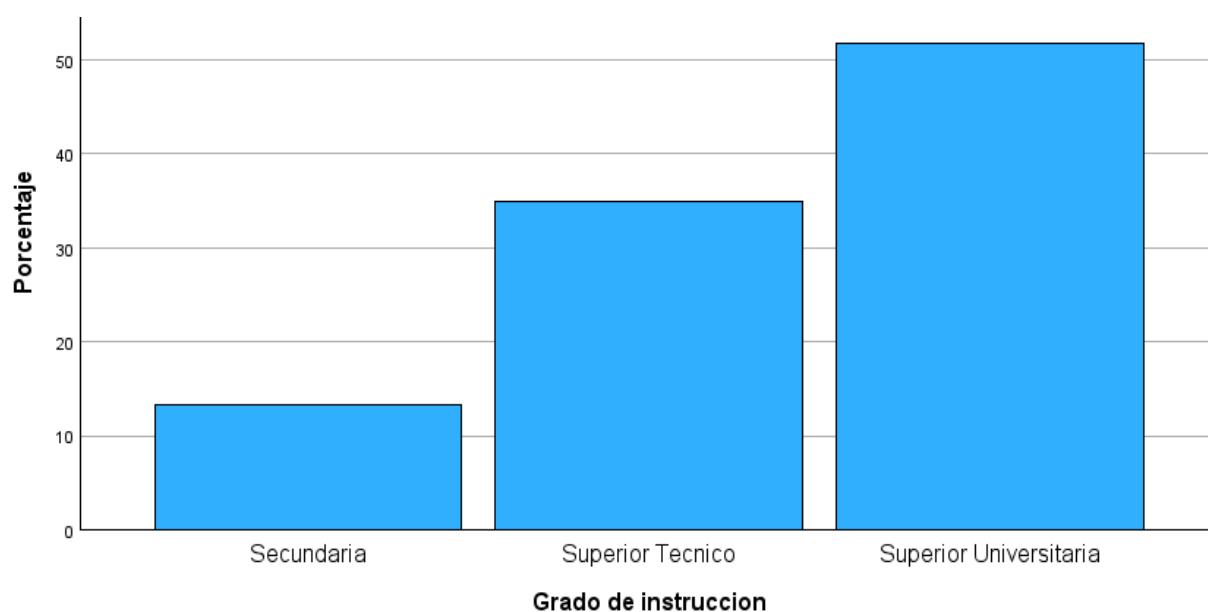
Creencias religiosas de los pacientes que reciben TARV



En la figura 6 podemos observar las creencias religiosas en porcentajes. Los pacientes que son católicos son un 55.2% y los cristianos un 16,1%.

Figura 7

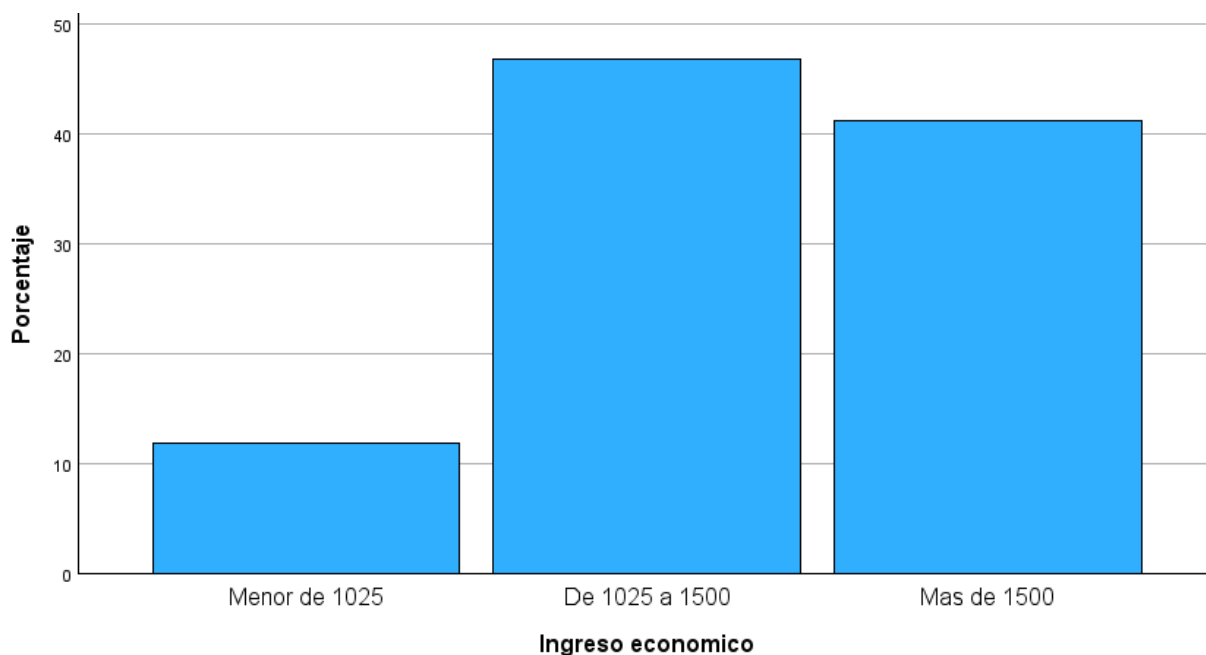
Grado de instrucción de los pacientes que reciben TARV



En la figura 7 podemos observar el grado de instrucción en porcentajes. Los que tienen educación superior universitaria son un 51.7%, superior técnica un 35% y secundaria en 13.3%.

Figura 8

Ingresos económicos de los pacientes que reciben TARV



En la figura 8 podemos observar el ingreso económico en porcentajes. Los que tienen entre 1025 a 1500 soles de ingreso mensual son un 46.9%, seguido de los que perciben más de 1500 que son el 41.3%.

Tabla 4

Factores personales de los pacientes que reciben TARV

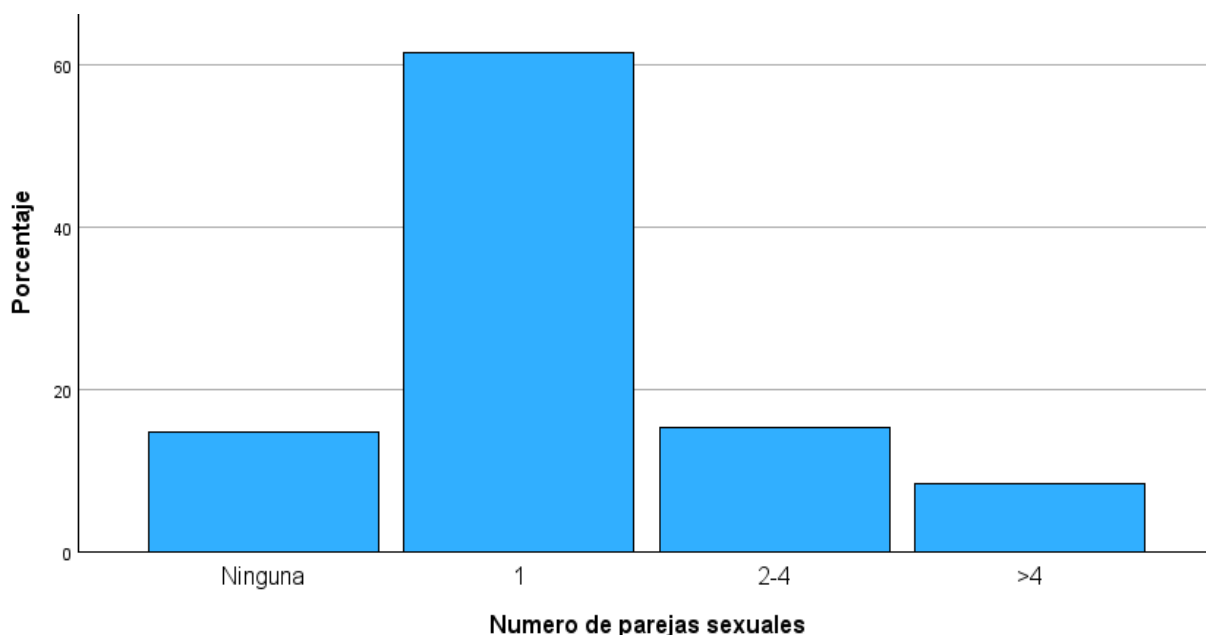
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Número de parejas sexuales	Ninguna	21	14.7	14.7	14.7
	1	88	61.5	61.5	76.2
	2-4	22	15.4	15.4	91.6
	>4	12	8.4	8.4	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
Persona con quien vive	Solo	55	38.5	38.5	38.5
	Pareja	29	20.3	20.3	58.7
	Amigos	11	7.7	7.7	66.4
	Familiares	48	33.6	33.6	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
Tipo de familia	Nuclear	87	60.8	60.8	60.8
	Monoparental	27	18.9	18.9	79.7

donde creció	Extendida	23	16.1	16.1	95.8
	Reconstruida	6	4.2	4.2	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
Consumo de sustancias	Ninguna	57	39.9	39.9	39.9
	Drogas	7	4.9	4.9	44.8
	Alcohol	79	55.2	55.2	100.0
	Total	143	100.0	100.0	

En la tabla 4 podemos observar las características personales de nuestra población de estudio. Con respecto al número de parejas sexuales en el último mes, la mayoría refirió haber tenido 1 (N=88, porcentaje 61.5%). El mayor porcentaje refirió vivir solo (N=55, porcentaje 38.5%). La mayoría creció en una familia nuclear (N=87, porcentaje 60,8%). Con respecto al consumo de sustancias nocivas, el consumo de alcohol fue el más frecuente (N=79, porcentaje 55,2%).

Figura 9

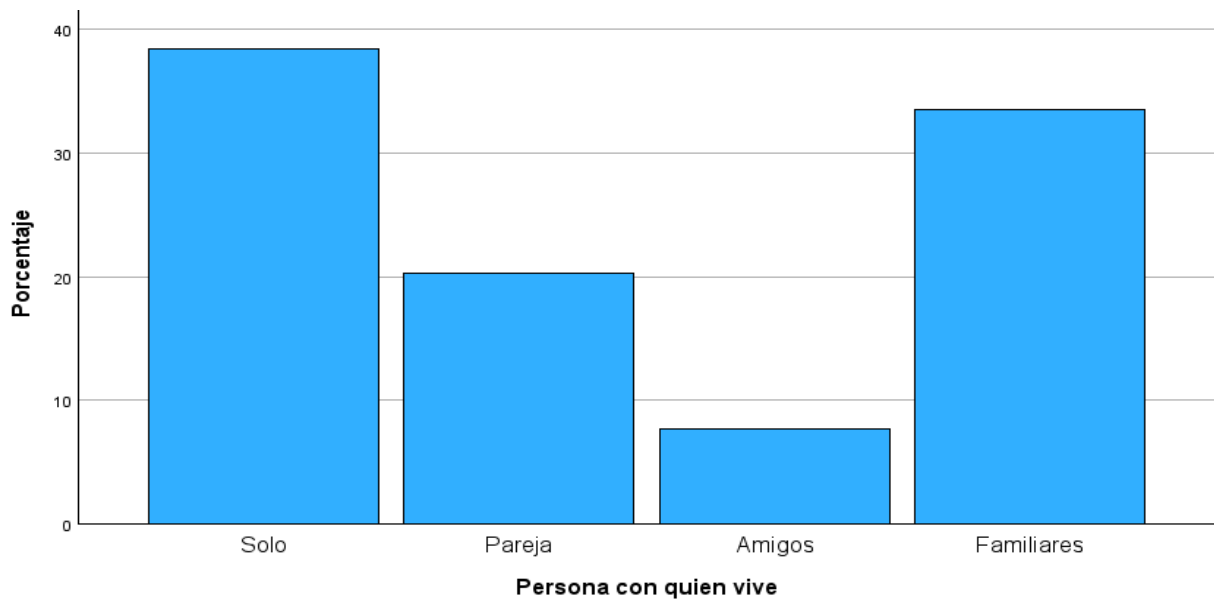
Número de parejas sexuales de los pacientes que reciben TARV



En la figura 9 podemos observar el número de parejas sexuales en porcentajes. La mayoría refirió haber tenido 1 pareja sexual (61.5%), los que tuvieron de 2 a 4 parejas fueron un 15.4% y los que no tuvieron ninguna pareja fueron 14.7%.

Figura 10

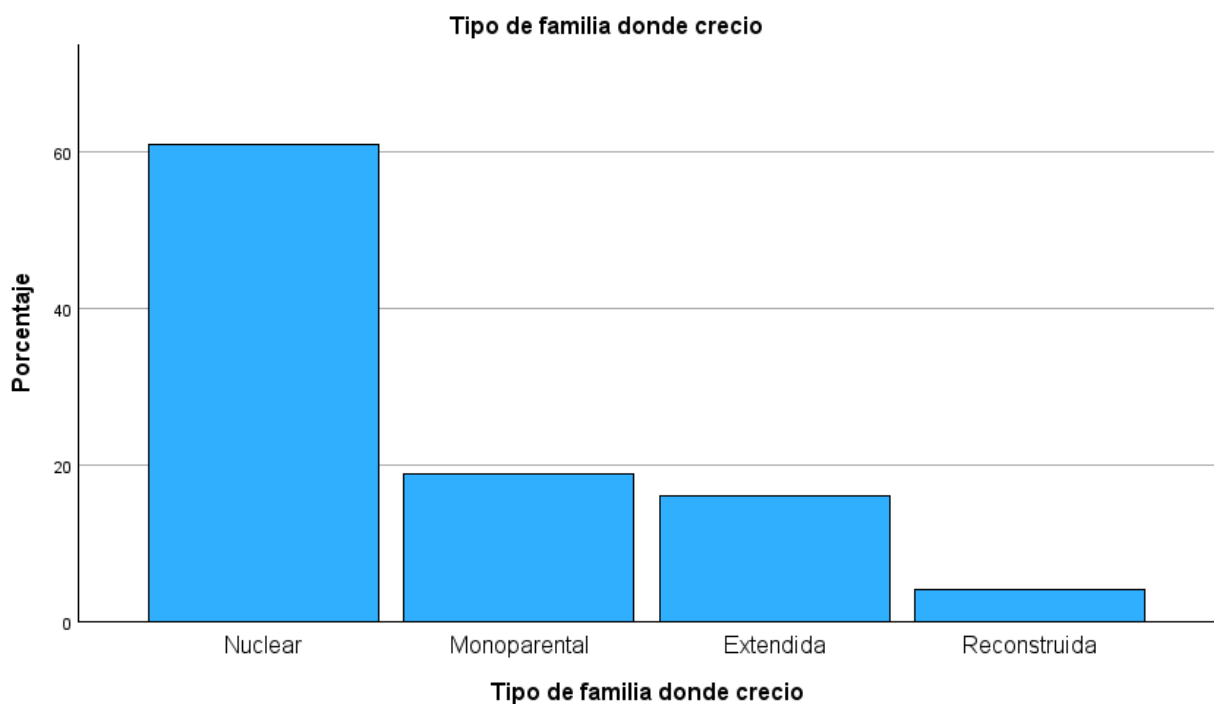
Persona con quien vive de los pacientes que reciben TARV



En la figura 10 podemos observar la persona con quien vive en porcentajes. Un 38.5% refirió vivir solo, un 33.6% refirió vivir con familiares. un 20.3% vivir con su pareja y un 7.7% vivir con amigos.

Figura 11

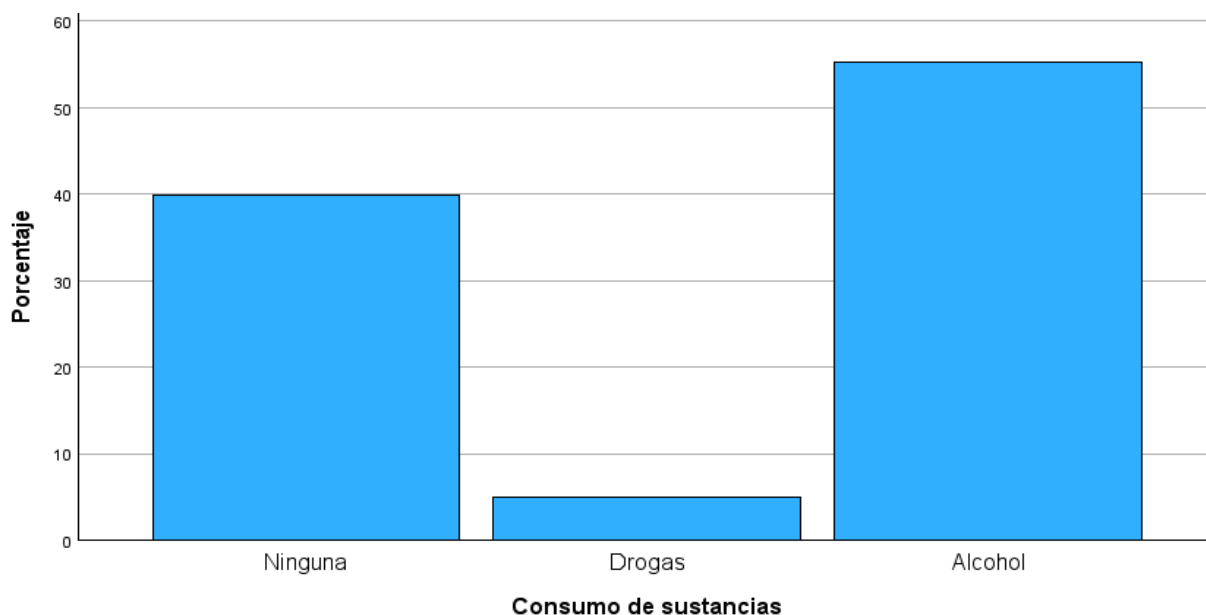
Tipo de familia donde creció de los pacientes que reciben TARV



En la figura 11 podemos observar el tipo de familia donde creció en porcentajes. Un 60.8% refirió haber crecido en una familia nuclear y un 18.9% refirió haber crecido en una familia monoparental.

Figura 12

Consumo de sustancias nocivas de los pacientes que reciben TARV



En la figura 12 podemos observar el consumo de sustancias nocivas en porcentajes. Un 55.2% refirió haber consumido alcohol, un 39.9% refirió no haber consumido nada.

Tabla 5

Factores de la enfermedad de los pacientes que reciben TARV

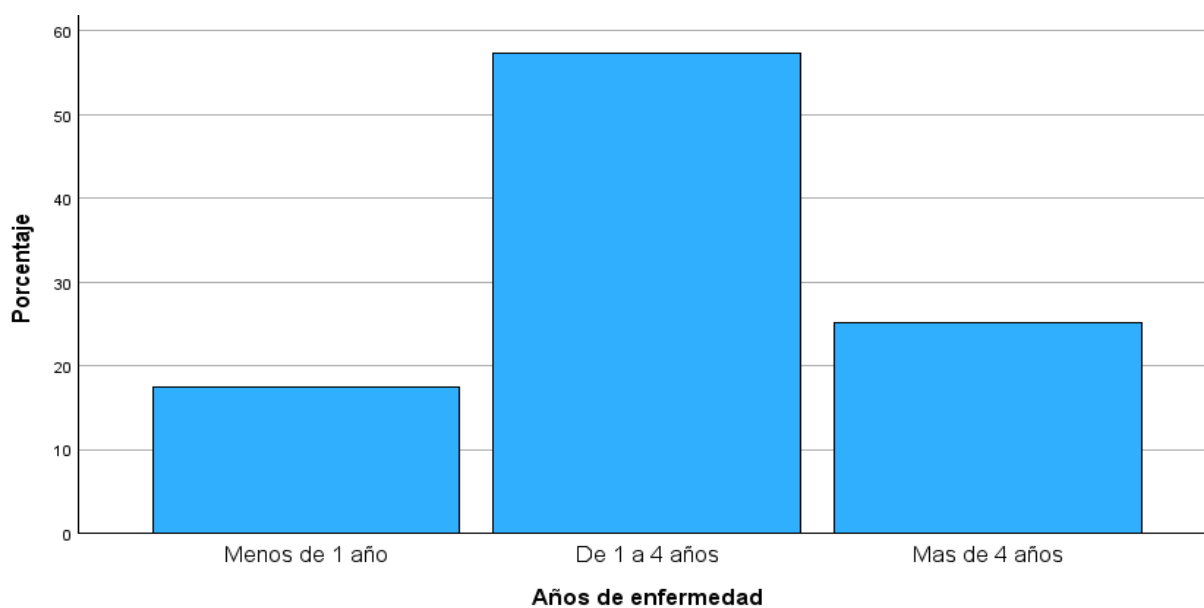
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Años desde el diagnóstico	Menos de 1 año	25	17.5	17.5	17.5
	De 1 a 4 años	82	57.3	57.3	74.8
	Mas de 4 años	36	25.2	25.2	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
CD4 último	No recuerdo	50	35.0	35.0	35.0
	101 – 250	5	3.5	3.5	38.5
	251 – 499	42	29.4	29.4	67.8
	≥ 500	46	32.2	32.2	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
CV última	No recuerdo	43	30.1	30.1	30.1

Menos de 100	98	68.5	68.5	98.6
Mas de 100	2	1.4	1.4	100.0
Total	143	100.0	100.0	

En la tabla 5 podemos observar las características de la enfermedad de nuestra población de estudio. Con respecto al número de años de enfermedad, la mayoría refirió tener de 1 a 4 años (N=82, porcentaje 57.3%). Los participantes en su mayoría refirieron no recordar su ultimo valor de CD4 (N=50, porcentaje 35.0%). Con respecto a la última carga viral, el valor menor de 100 fue el más frecuente (N=98, porcentaje 68,5%).

Figura 13

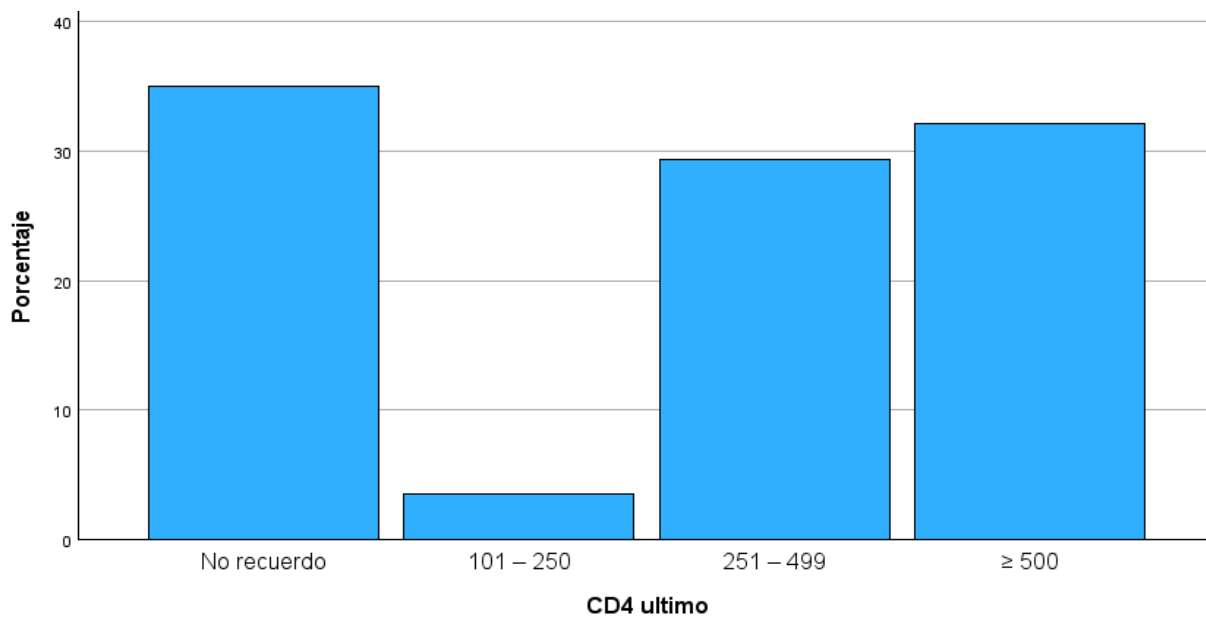
Años desde el diagnostico de los pacientes que reciben TARV



En la figura 13 podemos observar los años desde el diagnostico en porcentajes. Un 57.3% refirió tener de 1 a 4 años desde el diagnostico, el 25.2% refirió tener más de 4 años y un 17.5% menos de 1 año.

Figura 14

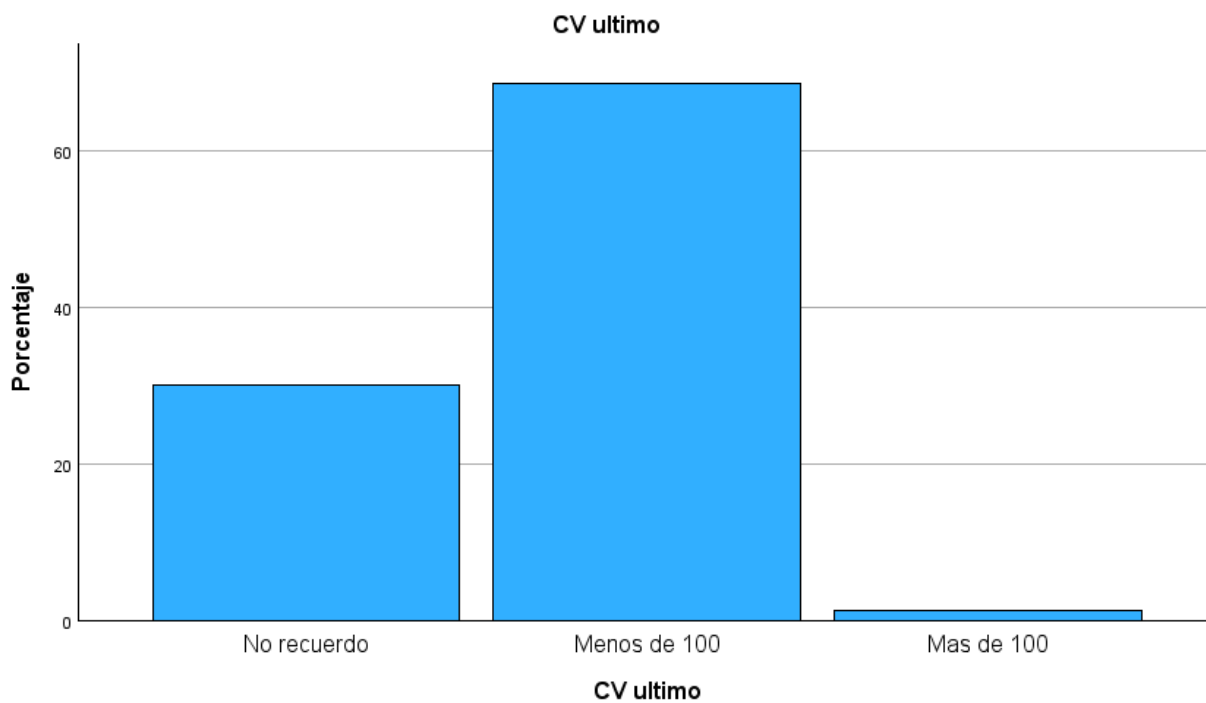
CD4 último de los pacientes que reciben TARV



En la figura 14 podemos ver el nivel de CD4 en porcentajes. Un 35% refirió no recordar, un 32.2% refirió tener más de 500 y un 29.4% entre 251 a 499.

Figura 15

Carga viral ultima de los pacientes que reciben TARV



En la figura 15 podemos ver el nivel de carga viral en porcentajes. Un 68.5% refirió tener menos de 100 copias, un 30.1% refirió no recordar y un 1.4% más de 100.

Tabla 6

Factores asociados al medicamento de los pacientes que reciben TARV

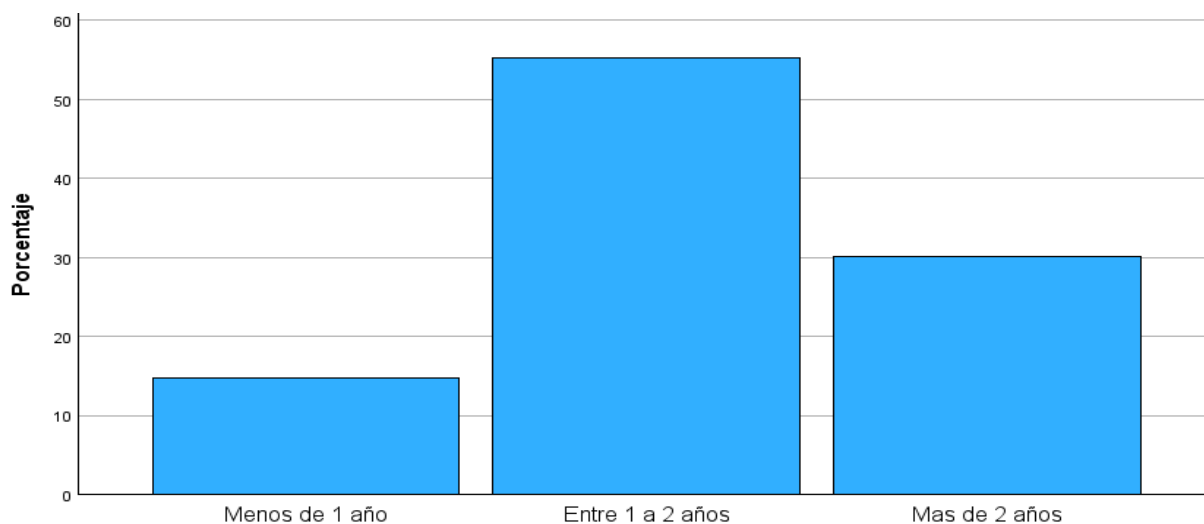
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tiempo de TARV	Menos de 1 año	21	14.7	14.7	14.7
	Entre 1 a 2 años	79	55.2	55.2	69.9
	Mas de 2 años	43	30.1	30.1	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
RAM al TARV	Ninguna	105	73.4	73.4	73.4
	Nauseas	14	9.8	9.8	83.2
	Rash	9	6.3	6.3	89.5
	Vómitos	2	1.4	1.4	90.9
	Dolor abdominal	1	0.7	0.7	91.6
	Otro	12	8.4	8.4	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
	Cambio de TARV	No	103	72.0	72.0
Por reacción adversa	25	17.5	17.5	89.5	
Para tomar menos pastillas	15	10.5	10.5	100.0	
Total	143	100.0	100.0		
Esquema de TARV	No recuerdo	37	25.9	25.9	25.9
	Tenofovir/Lamibudina / Dolutegravir	91	63.6	63.6	89.5
	Tenofovir /Lamibudina / Efavirenz	13	9.1	9.1	98.6
	Tenofovir/ Emtricitabina / Efavirenz	2	1.4	1.4	100.0
	Total	143	100.0	100.0	
Numero de pastillas	1	131	91.6	91.6	91.6
	2	8	5.6	5.6	97.2
	3 a mas	4	2.8	2.8	100.0
	Total	143	100.0	100.0	

En la tabla 6 podemos observar las características de la enfermedad de nuestra población de estudio. Con respecto al número de años en que recibe TARV, la mayoría refirió tener de 1 a 2 años (N=79, porcentaje 55.2%). Los participantes en su mayoría refirieron no haber tenido ninguna RAM al TARV (N=105, porcentaje 73.4%). La mayoría refirió no haber

tenido cambio en el TARV (N=103, porcentaje 72%). Con respecto al esquema TARV más frecuente, Tenofovir /Lamibudina /Dolutegravir fue el más elegido (N=91, porcentaje 63,6%). El número de pastillas que la mayoría consume fue uno (N=131, porcentaje 91,6%).

Figura 16

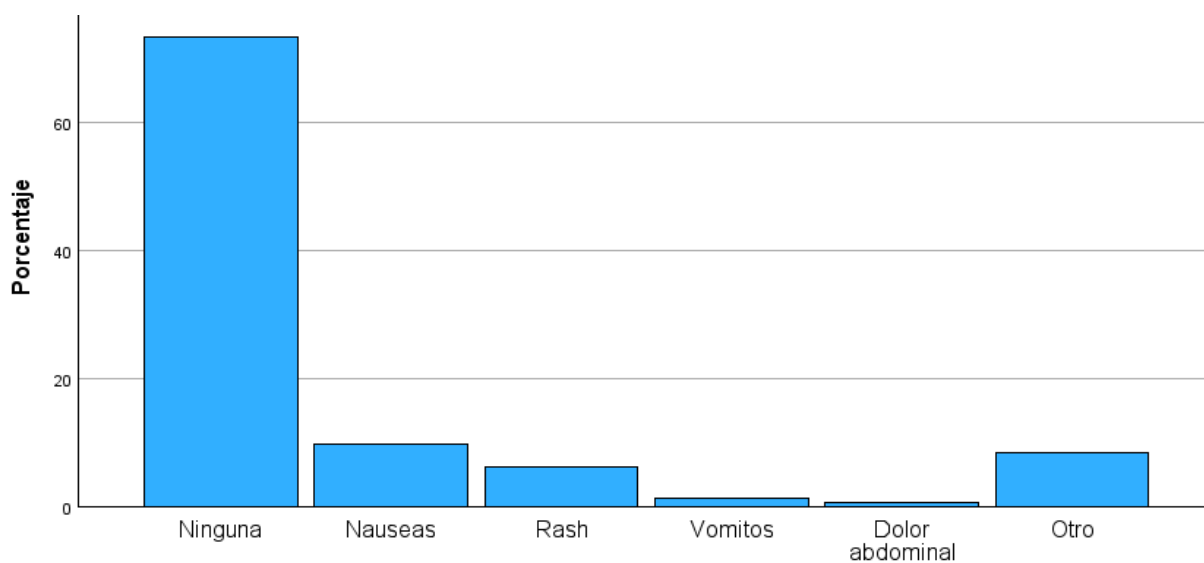
Tiempo de TARV de los pacientes



En la figura 16 podemos ver el tiempo de TARV en porcentajes. Un 55.2% refirió tener entre 1 a 2 años de tratamiento, un 30.1% refirió tener más de 2 años y un 14.7% refirió tener menos de 1 año.

Figura 17

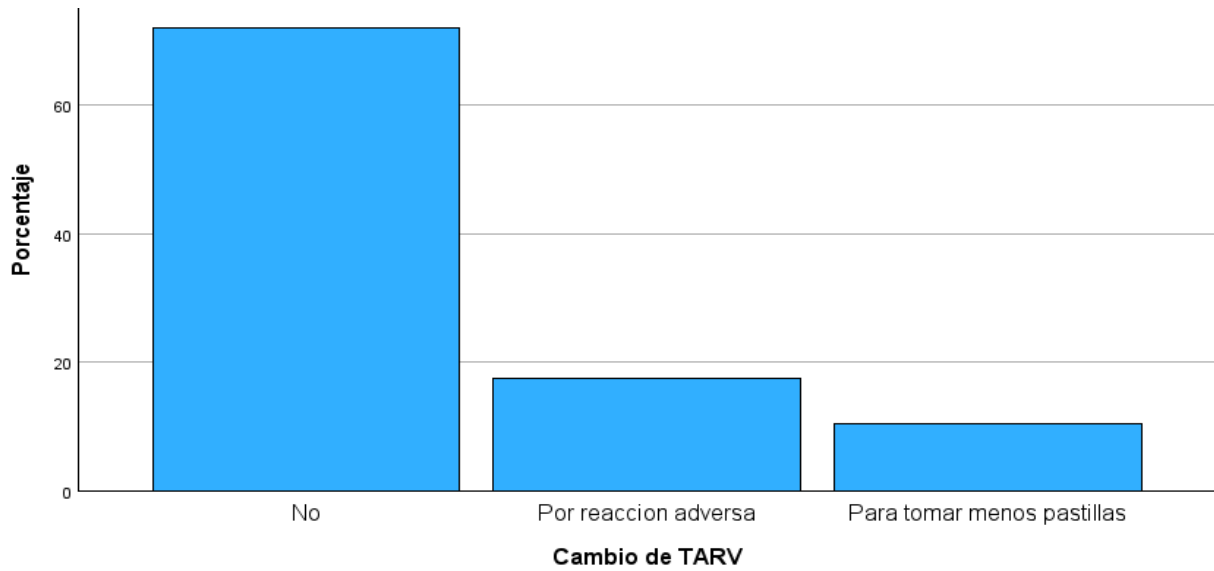
RAM del TARV de los pacientes



En la figura 17 podemos ver la presencia de reacción adversa en porcentajes. Un 73.4% refirió no haber tenido ninguna reacción adversa, un 9.8% refirió presentar náuseas y un 6.3% rash.

Figura 18

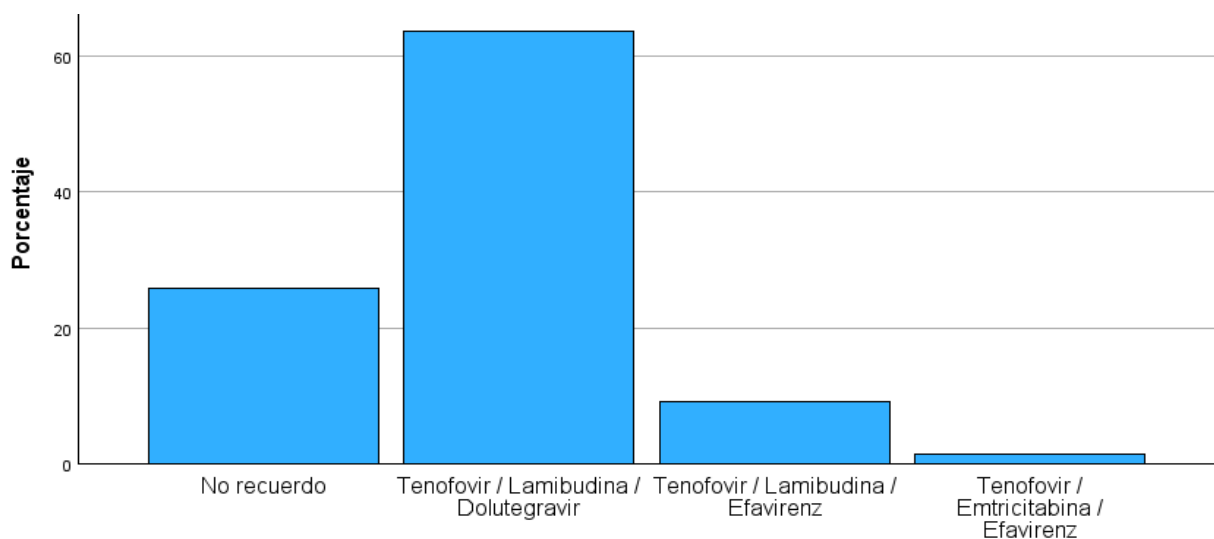
Cambio del TARV de los pacientes



En la figura 18 podemos ver el cambio de TARV en porcentajes. Un 72% refirió no haber tenido cambio de tratamiento, un 17.5% si tubo cambio por presentar reacción adversa y un 10.5% refirió tener cambio para tomar menos pastillas.

Figura 19

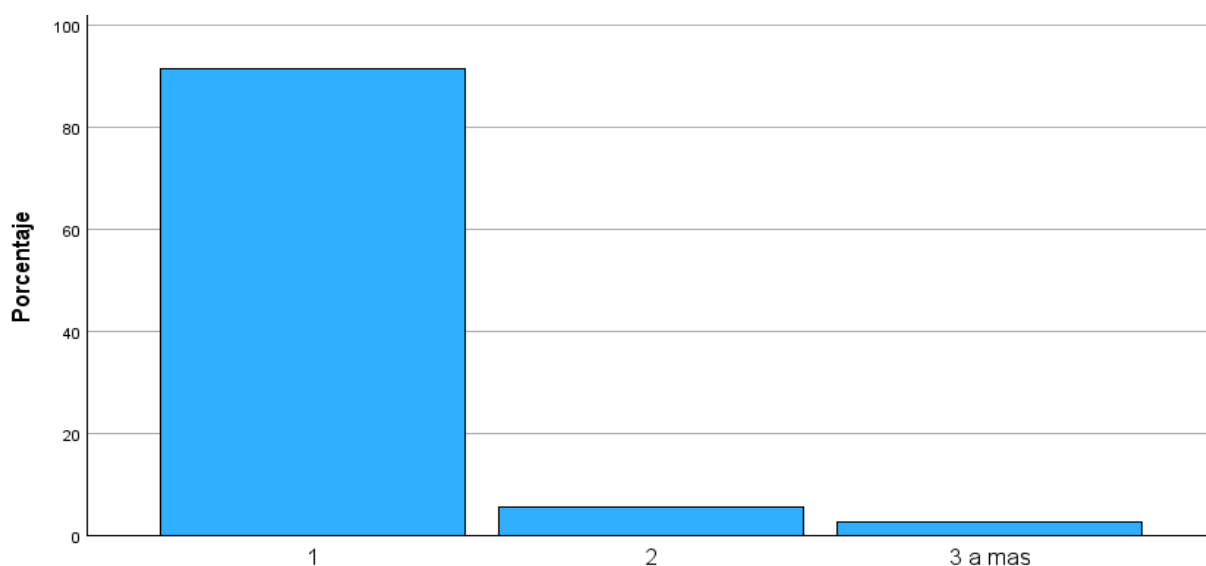
Esquema del TARV de los pacientes



En la figura 19 podemos ver el esquema de TARV en porcentajes. Un 63.6% refirió tomar Tenofovir /Lamibudina/ Dolutegravir, un 9.1% Tenofovir /Lamibudina / Efavirens y un 1.4% Tenofovir/ Emtricitabina/ Efavirens.

Figura 20

Numero de pastillas de los pacientes que reciben TARV



En la figura 20 podemos ver el número de pastillas en porcentajes. Un 91.6% refirió tomar una sola pastilla, un 5.6% refirió tomar 2 pastillas y un 2.8% de 3 a más pastillas.

Tabla 7

Apego al TARV de los pacientes

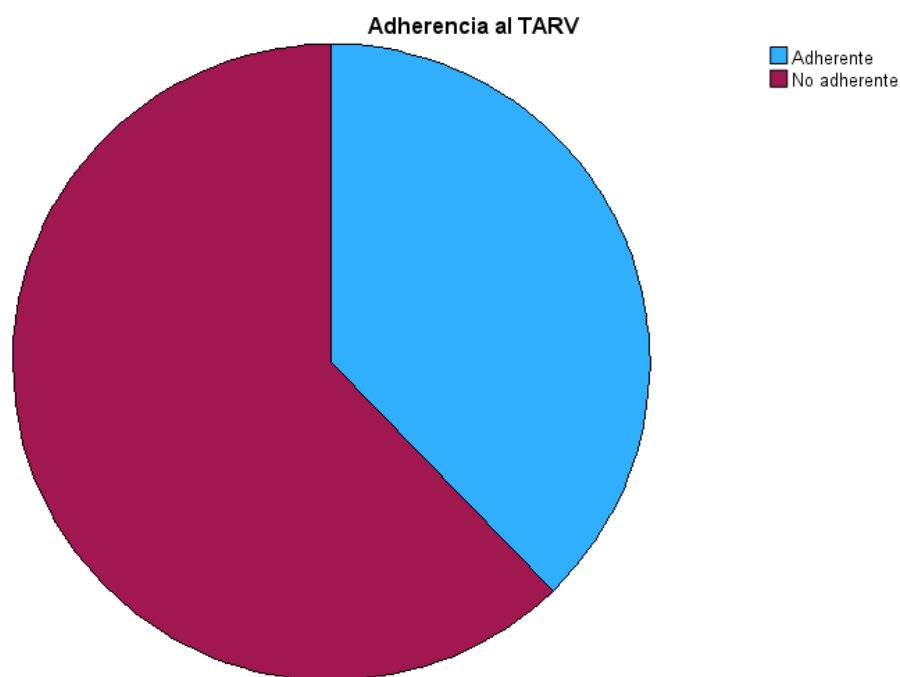
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adherencia al TARV	Adherente	54	37.8	37.8	37.8
	No adherente	89	62.2	62.2	100.0
	Total	143	100.0	100.0	

Del total de la muestra, los pacientes clasificados como “Adherentes al TARV” fueron 54 (porcentaje 37,8%), mientras que los “No adherentes” fueron 89 (porcentaje 62,2%)

clasificados así según el Cuestionario SMAQ. En la tabla 7 y la figura 21 observamos la información del apego al TARV.

Figura 21

Apego al TARV de los pacientes



En la figura 21 podemos ver que los pacientes que son no adherentes son un 62.2 % a diferencia de los adherentes que son el 37.8%

Tabla 8

Porcentaje de apego al TARV de los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	67	46.9	46.9	46.9
95-100%	65	45.5	45.5	92.3
85-94%	7	4.9	4.9	97.2
65-84%	1	.7	.7	97.9
30-64%	3	2.1	2.1	100.0
<30%				
Total	143	100.0	100.0	

En cuanto al porcentaje de apego al TARV, se encontró que un 92.3% se encontraba entre el 85-100% tal como se ve en la tabla 8.

Tabla 9

Motivos por el cual toman el TARV los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Es buena para mi salud y noto los resultados	45	31.5	83.3	83.3
	El medico me lo pidió	5	3.5	9.3	92.6
	Por personas cercanas a mi	3	2.1	5.6	98.1
	Otro	1	.7	1.9	100.0
	Total	54	37.8	100.0	
Perdidos	Sistema	89	62.2		
Total		143	100.0		

De los pacientes que son Adherentes al TARV, los motivos por los cuales toman su medicamento fueron: El principal fue “Es buena para mi salud y noto los resultados” (N=45, porcentaje 83,3%). Dicha información se observa en la tabla 9.

Tabla 10

Motivos por el cual no toman el TARV

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Olvido	78	54.5	87.6	87.6
	Dificultad en los horarios	9	6.3	10.1	97.8
	Otro	2	1.4	2.2	100.0
	Total	89	62.2	100.0	
Perdidos	Sistema	54	37.8		
Total		143	100.0		

De los pacientes que son No Adherentes al TARV, los motivos por los cuales no toman su medicamento fueron: El principal fue “Olvido” (N=78, porcentaje 87,6%). Dicha información se observa en la tabla 10.

Tabla 11

Factores sociodemográficos asociados al apego al TARV

		Adherencia al TARV		Total	X ²	p
		SI	No			
Edad	Menor de 20 años	3	7	10	1.180	0.554
		2.1%	4.9%	7.0%		
	De 20 a 45 años	44	75	119		
		30.8%	52.4%	83.2%		
	De 46 a 59 años	7	7	14		
		4.9%	4.9%	9.8%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		
Sexo	Masculino	53	89	142	1.660	0.198
			37.1%	62.2%		
	Femenino	1	0	1		
			0.7%	0.0%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		
Identidad sexual	Hombre	49	83	132	1.090	0.580
			34.3%	58.0%		
	Mujer	2	1	3		
			1.4%	0.7%		
Otro	3	5	8			
		2.1%	3.5%	5.6%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		
Orientación sexual	Heterosexual	4	2	6	2.964	0.397
			2.8%	1.4%		
	Homosexual	42	73	115		
			29.4%	51.0%		
Bisexual	7	10	17			
		4.9%	7.0%	11.9%		
Otro	1	4	5			
		0.7%	2.8%	3.5%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		
Estado civil	Soltero	40	69	109	3.350	0.187
			28.0%	48.3%		

	Casado	2	0	2		
		1.4%	0.0%	1.4%		
	Conviviente	12	20	32		
		8.4%	14.0%	22.4%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		
Creencias religiosas	Ninguna	11	14	25	5.568	0.135
		7.7%	9.8%	17.5%		
	Cristiana	4	19	23		
		2.8%	13.3%	16.1%		
	Católica	31	48	79		
		21.7%	33.6%	55.2%		
	Otros	8	8	16		
		5.6%	5.6%	11.2%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		
Grado de instrucción	Secundaria	6	13	19	0.618	0.734
		4.2%	9.1%	13.3%		
	Superior Técnico	18	32	50		
		12.6%	22.4%	35.0%		
	Superior Universitaria	30	44	74		
		21.0%	30.8%	51.7%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		
Ingreso económico	Menor de 1025	5	12	17	1.145	0.564
		3.5%	8.4%	11.9%		
	De 1025 a 1500	24	43	67		
		16.8%	30.1%	46.9%		
	Mas de 1500	25	34	59		
		17.5%	23.8%	41.3%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		

La tabla 11 muestra los factores sociodemográficos con respecto al apego al TARV. En cuanto a la edad, se muestra que el apego es mayor en la población entre los 20 a los 45 años (N=44) con respecto a las otras edades, pero, esto no es estadísticamente significativo ($p < 0.554$). En cuanto al sexo, el masculino es el que mostro mayor apego al TARV (N=53), aun así, este resultado no es estadísticamente significativo ($p < 0.198$). En cuanto a la identidad sexual, presentaron mayor apego al TARV aquellos que se identificaban como hombre (N=49), a pesar de ello, no es estadísticamente significativo ($p < 0.580$). En cuanto a la

orientación sexual, el de tipo homosexual fue el que presentó mayor apego al TARV (N=42), pero no es estadísticamente significativo ($p < 0.397$). En cuanto al estado civil, el de tipo soltero es el que presentó mayor apego al TARV (N=40), aun así, no es estadísticamente significativo ($p < 0.187$). En cuanto a las creencias religiosas, el del tipo católica es que presenta mayor apego al TARV (N=31), sin embargo, no es estadísticamente significativa ($p < 0.135$). En cuanto a los ingresos económicos, el ingreso mayor de 1500 fueron los que presentaron mayor apego al TARV (N=25), aunque no es estadísticamente significativo ($p < 0.564$). Con estos resultados, ninguno de los factores sociodemográficos es estadísticamente significativo con respecto al apego al TARV, así se comprueba nuestra hipótesis alterna.

Tabla 12

Factores personales asociados al apego al TARV

		Adherencia al TARV		Total	X ²	p
		SI	No			
Número de parejas sexuales	Ninguna	8	13	21	2.308	0.511
		5.6%	9.1%	14.7%		
	1	32	56	88		
		22.4%	39.2%	61.5%		
	2-4	11	11	22		
		7.7%	7.7%	15.4%		
	>4	3	9	12		
		2.1%	6.3%	8.4%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		
Persona con quien vive	Solo	22	33	55	1.969	0.579
		15.4%	23.1%	38.5%		
	Pareja	10	19	29		
		7.0%	13.3%	20.3%		
	Amigos	6	5	11		
		4.2%	3.5%	7.7%		
	Familiares	16	32	48		
		11.2%	22.4%	33.6%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		
Tipo de familia	Nuclear	36	51	87	2.152	0.541
		25.2%	35.7%	60.8%		

donde creció	Monoparental	8	19	27		
		5.6%	13.3%	18.9%		
	Extendida	7	16	23		
		4.9%	11.2%	16.1%		
	Reconstruida	3	3	6		
		2.1%	2.1%	4.2%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		
Consumo de sustancias	Ninguna	27	30	57	4.147	0.126
		18.9%	21.0%	39.9%		
	Drogas	3	4	7		
		2.1%	2.8%	4.9%		
	Alcohol	24	55	79		
		16.8%	38.5%	55.2%		
Total		54	89	143		
		37.8%	62.2%	100.0%		

La tabla 12 muestra los factores personales con respecto al apego al TARV. En cuanto al número de parejas sexuales, los que tuvieron solo 1 pareja sexual en el último mes presentaron un mejor apego al TARV (N=32), a pesar de ello no es estadísticamente significativo ($p < 0.511$). En cuanto a la persona con quien viven, los que vivían solos presentaron mayor apego al TARV (N=22), aun así, no es estadísticamente significativo ($p < 0.579$). En cuanto al tipo de familia donde crecieron, la familia nuclear presentó un mayor apego al TARV (N=36), sin embargo, no es estadísticamente significativo ($p < 0.541$). En cuanto al consumo de sustancias nocivas, los que no consumieron ninguna sustancia presentaron mayor apego al TARV (N=27), pero no es estadísticamente significativo ($p < 0.126$). Con lo cual ningún factor personal muestra relación estadísticamente significativa con el apego al TARV.

Tabla 13

Factores asociados a la enfermedad asociados al apego al TARV

	Adherencia al TARV	Total	X ²	p
--	--------------------	-------	----------------	---

		SI	NO		
Años de enfermedad	Menos de 1 año	10 7.0%	15 10.5%	25 17.5%	3.393 0.183
	De 1 a 4 años	35 24.5%	47 32.9%	82 57.3%	
	Mas de 4 años	9 6.3%	27 18.9%	36 25.2%	
	Total	54 37.8%	89 62.2%	143 100.0%	
CD4 ultimo	No recuerdo	22 15.4%	28 19.6%	50 35.0%	3.477 0.324
	101 – 250	2 1.4%	3 2.1%	5 3.5%	
	251 – 499	11 7.7%	31 21.7%	42 29.4%	
	≥ 500	19 13.3%	27 18.9%	46 32.2%	
	Total	54 37.8%	89 62.2%	143 100.0%	
	CV ultimo	No recuerdo	20 14.0%	23 16.1%	
Menos de 100	34 23.8%	64 44.8%	98 68.5%		
Mas de 100	0 0.0%	2 1.4%	2 1.4%		
Total	54 37.8%	89 62.2%	143 100.0%		

La tabla 13 muestra los factores de la enfermedad con respecto a el apego al TARV. En cuanto al número de años de enfermedad, los que tiene de 1 a 4 años presentaron un mejor apego al TARV (N=35), aunque no es estadísticamente significativo ($p < 0.183$). En cuanto al nivel de CD4 último, los que refirieron no recordar presentaron mayor apego al TARV (N=22), aun así, no es estadísticamente significativo ($p < 0.324$). En cuanto a la Carga Viral último, los que tuvieron menos de 100 son los que presentaron mejor apego al TARV (N=34), pero no es estadísticamente significativo ($p < 0.222$). Con lo cual ningún factor asociado a la

enfermedad muestra relación estadísticamente significativa con el apego al TARV.

Tabla 14

Factores del medicamento asociados al apego al TARV

		Adherencia al TARV		Total	X ²	p
		SI	NO			
Tiempo de TARV	Menos de 1 año	5 3.5%	16 11.2%	21 14.7%	2.286	0.319
	Entre 1 a 2 años	33 23.1%	46 32.2%	79 55.2%		
	Mas de 2 años	16 11.2%	27 18.9%	43 30.1%		
	Total	54 37.8%	89 62.2%	143 100.0%		
RAM al TARV	Ninguna	41 28.7%	64 44.8%	105 73.4%	2.899	0.716
	Nauseas	5 3.5%	9 6.3%	14 9.8%		
	Rash	2 1.4%	7 4.9%	9 6.3%		
	Vómitos	1 0.7%	1 0.7%	2 1.4%		
	Dolor abdominal	1 0.7%	0 0.0%	1 0.7%		
	Otro	4 2.8%	8 5.6%	12 8.4%		
	Total	54 37.8%	89 62.2%	143 100.0%		
Cambio de TARV	No	41 28.7%	62 43.4%	103 72.0%	0.661	0.718
	Por reacción adversa	8 5.6%	17 11.9%	25 17.5%		
	Para tomar menos pastillas	5 3.5%	10 7.0%	15 10.5%		
	Total	54 37.8%	89 62.2%	143 100.0%		
Esquema de TARV	No recuerdo	7 4.9%	30 21.0%	37 25.9%	9.72	0.021
	Tenofovir / Lamibudina / Dolutegravir	40 28.0%	51 35.7%	91 63.6%		

	Tenofovir / Lamibudina / Efavirenz	7 4.9%	6 4.2%	13 9.1%		
	Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz	0 0.0%	2 1.4%	2 1.4%		
Total		54 37.8%	89 62.2%	143 100.0%		
Numero de pastillas	1	49 34.3%	82 57.3%	131 91.6%	0.794	0,672
	2	4 2.8%	4 2.8%	8 5.6%		
	3 a mas	1 0.7%	3 2.1%	4 2.8%		
Total		54 37.8%	89 62.2%	143 100.0%		

La tabla 14 muestra los factores del tratamiento con respecto a el apego al TARV. En cuanto al número de años en los que recibe TARV, los que tiene de 1 a 2 años presentaron un mejor apego al TARV (N=33), sin embargo, no es estadísticamente significativo ($p < 0.319$). En cuanto a las reacciones adversas al medicamento (RAM), los que refirieron no presentar ninguna molestia presentaron mayor apego al TARV (N=41), sin embargo, este resultado no es estadísticamente significativo ($p < 0.716$). En cuanto al cambio del TARV, los que nunca cambiaron de medicamento presentaron mayor apego al TARV (N=41), aunque no es estadísticamente significativo ($p < 0.718$). En cuanto al esquema del TARV, los que tomaban Tenofovir / Lamibudina / Dolutegravir presentaron mayor apego al TARV (N=40), este resultado fue estadísticamente significativo ($p < 0.021$). En cuanto al número de pastillas que tomaban, los que tomaban 1 pastilla presentaron mayor apego al TARV (N=49), pero este resultado no fue estadísticamente significativo ($p < 0.672$). Con lo cual, el único factor que presento una relación estadísticamente significativa con el apego al TARV fue el esquema de tratamiento.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

El objetivo principal del presente trabajo fue determinar los factores asociados a el apego al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024, por lo cual se aplicó el Cuestionario SMAQ para poder conocer el nivel de apego al TARV, a la vez que se aplicó un Cuestionario para conocer los factores sociodemográficos, personales, asociados a la enfermedad y asociados al tratamiento.

Dentro de los factores sociodemográficos, en nuestros resultados encontramos una población conformada principalmente por el sexo masculino (N=142) con una orientación sexual de tipo homosexual (N=115), con una edad más frecuente entre 20 a 45 años. Estos resultados se correlacionan con los datos brindados por el “Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades” en el Boletín VIH 2023-MINSA (2023), en el cual la relación hombre/ mujer es de 3,7 y encontrándose la mayoría entre las edades de los 20 a los 34 años.

Con respecto al nivel de “Apego al TARV”, encontramos que el 37,8% son Adherentes al TARV y un 62.2% son “No adherentes al TARV”. Estos resultados se parecen a los encontrados por Ipanaque-Calderón (2022) en su estudio “Factores asociados a adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, de pacientes con VIH en un Hospital de Piura, 2018-2020” en donde el “Apego al TARV” fue del 44.5% y la “No Apego al TARV” fue de 55.5%. Estos resultados se pueden deber principalmente al tipo de instrumento usado en ambos estudios, el Cuestionario SMAQ para Adherencia al TARV, en donde al catalogarlo como “No Adherente” significa que no es 100% adherente, aun pudiendo ser Adherente, pero con un porcentaje más bajo tal como apreciamos en nuestros resultados en donde el porcentaje de apego mayoritario esta entre 85-100%. El valor del porcentaje de apego es un valor que nos indica como está el apego en las últimas semanas, por lo tal es importante considerarlo al momento de querer evaluar el nivel de apego más reciente. Otro ejemplo es el estudio de

Santos Anita (2018), llamado “Factores socioculturales y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad a pacientes del Hospital Belén de Trujillo – 2018” en donde encuentran una asociación estadísticamente significativa entre la edad ($p=0.010$), el estado civil ($p=0.008$), grado de instrucción ($p=0.035$) y creencias religiosas ($p=0.041$) con el apego al TARV, esto se podría deber al uso de otro instrumento el cual mide el apego en grados (alto, medio y bajo) y no en su ausencia o presencia.

Los resultados del análisis correlacional con respecto a los factores sociodemográficos y el apego al TARV corroboraron la hipótesis alterna de la investigación, ya que no existe ninguna relación estadísticamente significativa entre ninguno de los factores sociodemográficos y el apego al TARV. Estos resultados se asemejan a los hallados por Mendieta López (2019) en su estudio “Factores asociados a la adherencia al TARGA en PVVS, tratados en el Hospital La Caleta – Chimbote, 2019” en donde se concluye que no hay relación estadísticamente significativa entre la edad, genero, sexo, orientación sexual, procedencia, grado de instrucción y tipo de familia con el apego al TARV. El único factor sociodemográfico donde si encuentran relación estadística es el factor conyugal ($p=0.002$), cosa que en nuestros resultados no muestra relación estadística. Esto se puede deber principalmente al tipo de distribución del estado conyugal en el estudio de Mendieta López, en donde la mayor parte de la muestra está en soltero y conviviente, en cambio en nuestra muestra la gran mayoría estaba soltero ($N=109$, porcentaje 76.2%).

En cuanto a los factores asociados a la medicación, no se halló ninguna asociación estadísticamente significativa entre el número de pastillas, RAM, cambio de tratamiento, número de años de tratamiento con el apego al TARV. El único valor en el que se encontró asociación estadísticamente significativa fue el esquema de tratamiento ($p=0.021$). Estos resultados difieren con los encontrados por Alfaro Diaz (2020), en su estudio “Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes del Hospital Belén de Trujillo – 2020” en

el cual encuentran una relación estadísticamente significativa entre la ausencia de reacciones adversas al medicamento y el apego al TARV ($p < 0.05$). En otro estudio de Pérez Bastan (2020), llamado “Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/sida en la Atención Primaria de Salud”, encontraron relación estadísticamente significativa entre las reacciones adversas ($p < 0.001$) y el apego terapéutico. Estos resultados pueden deberse al hecho que en la muestra de nuestro estudio la mayor parte que no presento alguna reacción adversa estaba catalogado como no adherente.

En cuanto a los motivos por los cuales los pacientes tomaban el medicamento, en nuestro estudio la principal causa era porque “es buena para mi salud y noto los resultados” (porcentaje 83.3% del total de adherentes), resultado similar al encontrado por Hernández Gómez (2013) en “Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA” en donde la principal causa por la cual consumían los medicamentos fue “he experimentado sus beneficios” con un 83.9%.

VI. CONCLUSIONES

1. Con relación al objetivo general, en este trabajo se determinó que el esquema de tratamiento antirretroviral es único factor que se relaciona estadísticamente con el apego al TARV.
2. El nivel de apego se encuentra entre el 85 al 100% en los pacientes con VIH que reciben TARV en un centro de salud de Lima.
3. Los factores sociodemográficos no presentan ninguna relación estadísticamente significativa con el apego al TARV en los pacientes con VIH que reciben TARV en un centro de salud de Lima.
4. Los factores personales no presentan ninguna relación estadísticamente significativa con el apego al TARV en los pacientes con VIH que reciben TARV en un centro de salud de Lima.
5. Los factores asociados a la enfermedad no presentan ninguna relación estadísticamente significativa con el apego al TARV en los pacientes con VIH que reciben TARV en un centro de salud de Lima.
6. Los factores asociados al medicamento tal como número de años de tratamiento, reacciones adversas al TARV, cambio de TARV y número de pastillas no presentan ninguna relación estadísticamente significativa con el apego al TARV en los pacientes con VIH que reciben TARV en un centro de salud de Lima. El tipo de esquema del TARV fue el único que presentó relación estadísticamente significativa con el apego al TARV ($p < 0.050$).

VII. RECOMENDACIONES

1. Se debe dar consejería a los pacientes que reciben TARV para educar y crear conciencia sobre la importancia de tomar el medicamento todos los días.
2. Se debe mantener una vigilancia de aquellos pacientes que no presentan un apego adecuado debido a que son susceptibles al abandono del tratamiento.
3. Se recomienda realizar trabajos correlacionales en otros centros de salud con una mayor cantidad de muestra para poder obtener una mayor información con respecto a los factores asociados.
4. Se sugiere que en las próximas investigaciones se evalúe el apoyo familiar y el estado psicológico del paciente como parte de factores que se pueden asociar al apego al TARV.
5. Se incentiva a los estudiantes de las áreas de la salud a realizar campañas para el público en general con el objetivo de informar sobre la prevención del VIH.

VIII. REFERENCIAS

- Alcamí, J. y Mayte, C. (2011). Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29(3), 216–226. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-inmunopatogenia-infeccion-por-el-virus-S0213005X11000073>
- Alvis, Ó., De Coll L., Chumbimune L., Díaz, C., Díaz, J. y Reyes, M. (2009). 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*, 70(4), 266-272. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2021000400008
- Arenzana, F. (2008). Situación actual de los inhibidores de la entrada. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 26, 5–11. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-la-entrada-viral-como-diana-S0213005X08765571>
- Carballo, E., Cadarso, C., Carrera I., Fraga, J., De la Fuente, J., Ocampo, A., Ojea, R. y Prieto, A. (2004). Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. *Quality of Life Research*;13:587-599. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15130023/>
- Coiras, M., López, M., Pérez, M. y Alcamí, J. (2009). Understanding HIV-1 latency provides clues for the eradication of long-term reservoirs. *Nature reviews. Microbiology*, 7(11), 798–812. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19834480/>
- Coiras, M., López-Huertas, M., Sánchez del Cojo, M., Mateos, E. y Alcamí, J. (2010). Dual role of host cell factors in HIV-1 replication: restriction and enhancement of the viral cycle. *AIDS reviews*, 12(2), 103–112. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20571604/>
- Chiu, Y., Soros, V., Kreisberg, J., Stopak, K., Yonemoto, W. y Greene, W. (2005). Cellular

- APOBEC3G restricts HIV-1 infection in resting CD4⁺ T cells. *Nature*, 435(7038), 108–114. <https://www.nature.com/articles/nature03493>
- Douek, D., Roederer, M., y Koup, R. (2009). Emerging concepts in the immunopathogenesis of AIDS. *Annual review of medicine*, 60, 471–484. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2716400/>
- Gao, X., Nau, D., Rosenbluth, S., Scott, V. y Woodward, C. (2000). The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS Care*; 12:387-398. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11091771/>
- Gil, J., Bermejo, M. y Alcamí, J. (2004). HIV and apoptosis: a complex interaction between cell death and virus survival. *Progress in molecular and subcellular biology*, 36, 117–149. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15171610/>
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V. y González, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*; 13:1763-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10509579/>
- Guerra, L. y Parras, F. (2000). La adherencia a los antirretrovirales: una tarea de todos. *Enf Emerg*;2(1):5-9. <https://enfermedadesemergentes.com/articulos/a58/s-2-1-001.pdf>
- Hecht, F., Grant, R., Petropoulos, Dillon, B., Margaret, A., Tian, H., Hellmann, N., Nirmala, I., Digilio, L., Branson, B. y Kahn, J. (1998). Sexual transmission of an-HIV-1 variant resistant to multiple reverse-transcriptase and protease inhibitors. *N Engl J Med*;339(5):307-11. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199807303390504>
- Knobel, H., Escobar, I. y Polo, R. (2005). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enferm Infecc Microbiol Clín*; 23(4):221-231. https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/Gesida_dcyr2008_adherenciaTAR.pdf
- Ladero, M., Orejudo, S. y Carrobles, J. (2005). Variables psicosociales en la adherencia al

- tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*;17(4):575-581. <https://www.psicothema.com/pdf/3148.pdf>
- Lamotte, J. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*. 18(7), 993-1013. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015
- Liu, H., Golin, C., Miller, L., Hays, R. y Beck, C. (2001). A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *An Intern Med*; 134:968-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11352698/>
- McCune, J. (2001). The dynamics of CD4+ T-cell depletion in HIV disease. *Nature*, 410(6831), 974–979. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11309627/>
- Mehandru, S., Poles, M., Tenner, K., Horowitz, A., Hurley, A., Hogan, C., Boden, D., Racz, P. y Markowitz, M. (2004). Primary HIV-1 infection is associated with preferential depletion of CD4+ T lymphocytes from effector sites in the gastrointestinal tract. *The Journal of experimental medicine*, 200(6), 761–770. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2211967/>
- Mesias, P. (2022). Factores asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA): revisión sistemática en Perú del año 2016 al 2020. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/18068>
- Miller, C., Li, Q., Abel, K., Kim, E., Ma, Z., Wietgreffe, S., La Franco, L., Compton, L., Duan, L., Shore, M., Zupancic, M., Busch, M., Carlis, J., Wolinsky, S., y Haase, A. (2005). Propagation and dissemination of infection after vaginal transmission of simian immunodeficiency virus. *Journal of virology*, 79(14), 9217–9227. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15994816/>
- MINSA (2018). Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Internet). Lima: Perú. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>

- Murphy, D., Sarr, M., Durako, S., Moscicki, A., Wilson, C. y Muenz, L. (2003). Barriers to HAART adherence among human immunodeficiency virus-infected adolescents. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*; 157:249-255.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12622674/>
- Neil, S., Zang, T. y Bieniasz, P. (2008). Tetherin inhibits retrovirus release and is antagonized by HIV-1 Vpu. *Nature*, 451(7177), 425–430.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18200009/>
- Pachón, J., Pujol, E. y Rivero, A. (2003). Infección por VIH: Guía Práctica. 2ª ed. Andalucía: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=769752>
- Red Venezolana de Gente Positiva (2008). Guía Práctica: Logrando la Adherencia a los medicamentos antirretrovirales para personas que viven con VIH. Zulia.
<https://stopvih.org/pdf/RVGGuiaPractica.pdf>
- Rosas, M., Cardozo, J. y Cecilio, E. (2015). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes pediátricos VIH positivos. *Bol Venez Infectol* Vol. 26 - N° 2, julio-diciembre.
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/956/04-rosas-m-83-96.pdf>
- Santana, A., Domínguez, C., Lemes, A., Molero, T., y Salido E. (2003). Biología celular y molecular del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Revista de Diagnóstico Biológico*, 52(1), 07-18.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-79732003000100001
- Soto, L. (2004). Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 143-152.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200005
- Van Dyke, R., Lee, S., Johnson, G., Wiznia, A., Mohan, K., Stanley, K., Morse, E., Krogstad,

- P. y Nachman, S. (2002). Reported adherence as a determinant of response to highly active antiretroviral therapy in children who have human immunodeficiency virus infection. *Pediatrics*.,109(64):61. <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/109/4/e61/64118/Reported-Adherence-as-a-Determinant-of-Response-to?redirectedFrom=PDF>
- Varela, M., Salazar, I. y Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/Sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*;11(2):101-113. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000200010
- Veazey, R., Marx, P. y Lackner, A. (2001). The mucosal immune system: primary target for HIV infection and AIDS. *Trends in immunology*, 22(11), 626–633. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11698224/>
- Zolla, S. y Cardozo, T. (2010). Structure-function relationships of HIV-1 envelope sequence-variable regions refocus vaccine design. *Nature reviews. Immunology*, 10(7), 527–535. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3167078/pdf/nihms312777.pdf>

IX. ANEXOS

Anexo A. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Tabla

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Metodología
Problema General	Objetivo General	Hipótesis Alterna	Variable Independiente: Factores sociodemográficos: <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Identidad sexual • Orientación sexual • Estado civil • Creencias religiosas • Grado de instrucción • Ingreso económico Factores personales: <ul style="list-style-type: none"> • Número de parejas sexuales • Persona con quien vive • Tipo de familia donde creció • Consumo de sustancias nocivas Factores asociados a la enfermedad: <ul style="list-style-type: none"> • Años de enfermedad • Carga viral • Nivel de CD4 	Diseño: Descriptivo Correlacional Población: 526 pacientes con diagnóstico de VIH que reciben TARV. Muestra: 143 pacientes Técnica: Encuesta Instrumentos: -Cuestionario SMAQ -Cuestionario de recolección de datos para factores sociodemográficos, personales, asociados al fármaco y de la enfermedad.
¿Cuáles son los factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024?	Determinar los factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.	Los factores sociodemográficos no se asocian a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.		
Problema Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Nula		
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024? • ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinar el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024. ▪ Identificar los factores sociodemográficos que influyen sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024. ▪ Identificar los factores personales en pacientes 	Los factores sociodemográficos se asocian a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.		

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores personales asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024? • ¿Cuáles son los factores asociados al fármaco que influyen sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024? • ¿Cuáles son los factores asociados a la enfermedad que influyen sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024? 	<p>diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar los factores asociados al fármaco que influyen sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024. ▪ Establecer los factores asociados a la enfermedad que influyen sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima en 2024. 		<p>Factores asociados al fármaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Años de tratamiento • Reacciones adversas al medicamento • Nivel de CD4 • Cambio del tratamiento • Esquema TARV • Numero de pastillas <p>Variable Dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH que reciben TARV en un centro de salud de Lima 2024. 	
---	--	--	--	--

Anexo B. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Dimensiones	Definición operacional	Tipo y escala	Valor
Variable independiente: Factores sociodemográficos	Edad	Número de años del paciente	Cualitativa-ordinal	→Menor de 20 años →De 20 a 45 años →De 46 a 59 años →De 60 a más años
	Sexo	Condición biológica, física, fisiológica y anatómica de la persona	Cualitativa-nominal	→Masculino →Femenino
	Identidad sexual	Percepción que se tiene sobre uno mismo respecto a su propio sexo.	Cualitativa-nominal	→Mujer →Hombre →Otro
	Orientación Sexual	Atracción emocional, romántica, sexual o afectiva hacia otros.	Cualitativa-nominal	→Heterosexual →Homosexual →Bisexual →Otro
	Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, que provienen del matrimonio o del parentesco.	Cualitativa-nominal	→Soltera →Casada →Conviviente →Viuda →Divorciado
	Creencias Religiosas	Conjunto de creencias religiosas propias de un determinado grupo humano y con las que el creyente reconoce una relación con una divinidad específica	Cualitativa-nominal	→Ninguna →Cristiana →Católica →Adventista →Mormones →Israelitas →Otros
	Grado de instrucción	Es el grado más elevado de estudios que se han realizado.	Cualitativa-ordinal	→Analfabeto →Primaria →Secundaria

				<ul style="list-style-type: none"> → Superior Técnico → Superior universitaria
	Ingreso económico	Total de ganancias que percibe una persona en un determinado tiempo.	Cualitativa-ordinal	<ul style="list-style-type: none"> → Menor de 1025 soles → De 1025 a 1500 soles → Mayor de 1500 soles
Factores Personales	Número de parejas sexuales	Cantidad de personas con las que se mantienen relaciones sexuales.	Cualitativa-ordinal	<ul style="list-style-type: none"> → Ninguna → 1 → 2-4 → >4
	Persona con quien vive	Persona o personas con las que se comparte el hogar.	Cualitativa-nominal	<ul style="list-style-type: none"> → Solo → Pareja → Amigos → Familiares
	Tipo de familia donde creció	Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.	Cualitativa-nominal	<ul style="list-style-type: none"> → Nuclear → Monoparental → Homoparental → Extendida → Reconstruida
	Consumo de sustancias	Consumo de estupefacientes.	Cualitativa-nominal	<ul style="list-style-type: none"> → Ninguna → Drogas → Alcohol
Factores de la enfermedad	Años de enfermedad	Cantidad de años desde el diagnóstico de la enfermedad.	Cualitativa-ordinal	<ul style="list-style-type: none"> → Menos de 1 año → Entre 1-4 años → Mas de 4 años
	CD4	Es el número de linfocitos CD4 que presenta la persona.	Cualitativa-ordinal	<ul style="list-style-type: none"> → ≤ 100 → 101-250 → 251-499 → ≥ 500
	Carga viral	Es la cuantificación de la infección por virus que se calcula por estimación de la cantidad de partículas virales en los fluidos	Cualitativa-ordinal	<ul style="list-style-type: none"> → Menos de 100 → Mas de 100

		corporales, como por ejemplo ARN viral por mililitros de sangre.		
Factores del fármaco	Tiempo de tratamiento	Cantidad en años en los que se recibe el TARV.	Cualitativa-ordinal	→Menos de 1 año →Entre 1 a 2 años →Mas de 2 años
	Reacción adversa a medicamento	Es la reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir, diagnosticar o tratar	Cualitativa-nominal	→Ninguna →Anemia →Nauseas →Vómitos →Rash →Diarrea →Dolor muscular →Dolor abdominal →Otro
	Cambio de tratamiento	Se refiere a la utilización de medicamentos diferentes a los que se estaban usando debido a una causa que justifique el hecho.	Cualitativa-nominal	→No →Por reacción adversa →Por falla en el tratamiento →Para tomar menos pastillas →Otro
	Esquema de TARV	Conjunto de medicamentos que se usan específicamente contra el VIH.	Cualitativa-nominal	→No recuerdo →Tenofovir / Lamibudina / Dolutegravir →Tenofovir / Lamibudina / Efavirenz →Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz →Otro
	Numero de pastillas	Cantidad de pastillas que se consume en una dosis.	Cualitativa-ordinal	→1 →2 →3 a mas

Variable dependiente: Adherencia al TARV	Nivel de adherencia al TARV	La adherencia al tratamiento significa el cumplimiento de este, lo cual hace referencia a tomar la medicación en el horario y dosis establecida según la prescripción médica.	Cualitativa nominal Cuestionario de adherencia SMAQ	→Adherente →No Adherente
	Porcentaje de Adherencia	Es el porcentaje en el cual se presenta la adherencia en un paciente.	Cualitativa ordinal Cuestionario de adherencia SMAQ	→95-100% →85-94% →65-84% →30-64% →<30%

Anexo C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, después de haber recibido orientación sobre la investigación realizada por el investigador: **Est. Jansen Mcley Ccasani Huachua**, de la carrera de Medicina, de la **Universidad Nacional Federico Villareal**, acepto ser encuestado(a) con el propósito de contribuir a la realización del proyecto de investigación titulado: “*Factores asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA en un centro de salud de Lima, 2024*”.

Entiendo que mi identidad se mantendrá en el anonimato y los datos que yo proporcione serán confidencialmente guardados y que no tendrán ninguna repercusión en mi persona o familia, por lo que doy el consentimiento de colaboración para que así conste por mi propia voluntad.

Firma del participante

Anexo D. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

INSTRUCCIONES: La encuesta será anónima y tendrá carácter confidencial, por lo cual solicitamos responder a todas las preguntas en forma veraz y sincera siendo su colaboración sumamente importante; marque en el recuadro con un aspa (x)

PARTE I: FACTORES SOCIDEMOGRAFICOS Y PERSONALES

Edad

Menor de 20 años	
De 20 a 45 años	
De 45 a 59 años	
De 60 años a mas	

Sexo (de nacimiento)

Masculino	
Femenino	

Identidad sexual (con el que se identifica)

Hombre	
Mujer	
Otro	

Orientación Sexual

Heterosexual	
Homosexual	
Bisexual	
Otro	

Número de parejas sexuales (en el último mes)

Ninguna	
1	
2-4	
>4	

Estado Civil

Soltero (a)	
Casado (a)	
Conviviente	
Viuda (o)	
Divorciado (a)	

Creencias Religiosas

Ninguna	
Cristiana	
Católica	
Adventista	
Mormones	
Otros	

Persona con quien vive

Solo	
Pareja	
Amigos	
Familiares	

Tipo de familia donde creció

Nuclear (papa y mama)	
Monoparental (un solo padre)	
Homoparental (pareja homosexual)	
Extendida (padres, primos, abuelos)	
Reconstruida (padrastrós)	

Grado de instrucción

Analfabeto (a)	
Primaria	
Secundaria	
Superior técnico	
Superior Universitaria	

Ingreso económico

Menor de 1025	
De 1025 a 1500	
Mayor a 1500	

Consumo de sustancias en los últimos 6 meses

Ninguna	
Drogas	
Alcohol	

PARTE II: ADHERENCIA AL TARGA

**CUESTIONARIO SMAQ (SIMPLIFIED MEDICATION ADHERENCE
QUESTIONNAIRE)**

ITEMS	SI	NO
CUMPLE CON EL TRATAMIENTO Y LAS REGLAS ESTABLECIDAS POR EL PERSONAL DE SALUD		
1	¿Alguna vez ha olvidado tomar la medicación?	
2	¿Tomas siempre la medicación a la hora indicada?	
3	Si en alguna ocasión se siente mal, ¿Dejaría de consumir sus medicamentos?	
4	¿Olvido tomar la medicación durante el fin de semana?	
5	En la última semana, ¿Cuántas dosis se ha olvidado de tomar? A: Ninguna B:1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10	
6	Durante los últimos 3 meses, ¿Cuántos días no ha tomado el medicamento? a. Ningún día b. de 1-2 días c. de 3-5 días d. de 6-10 días	
7	Si es que siempre toma su medicamento, ¿Por qué motivo lo hace? a) Es bueno para mi salud y noto los resultados b) El medico me lo pidió c) Por personas cercanas a mi d) Otro:	
8	Si es que NO toma siempre el medicamento, ¿Por qué motivo no lo hace? a) Olvido b) Me provocan efectos adversos c) Por voluntad o decisión propia d) Dificultad en los horarios e) Otro:	

FACTORES FARMACOLOGICOS	
7. ¿Cuánto tiempo ha recibido de tratamiento antirretroviral?	a) Menos de 1 año b) Entre 1 a 2 años c) Mas de 2 años
8. ¿Ha tenido alguna reacción adversa al medicamento?	a) NO b) Anemia c) Nauseas d) Vómitos e) Rash (manchas, picazón) f) Diarrea g) Dolor muscular

	h) Dolor abdominal i) Dolor de cabeza h) Otro:
10. ¿Alguna vez le cambiaron a otro medicamento TARV?	a) NO b) Por reacciones adversas al medicamento c) Por fracaso del medicamento d) Para tomar menos pastillas e) Otro
12. ¿Qué esquema de TARV toma?	a) Tenofovir / Lamibudina / Dolutegravir b) Tenofovir / Lamibudina / Efavirenz c) Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz d) No recuerda e) Otro:
13. ¿Cuántas pastillas tomas en una dosis?	a) 1 b)2 c)3 a mas
FACTORES DE LA ENFERMEDAD	
14. ¿Cuántos años de diagnóstico tiene?	a) Menos de un año b) Entre 1-4 años c) Mas de 4 años
15. CD4 ultimo	a) ≤ 100 b) 101 – 250 c) 251 – 499 d) ≥ 500 e) No recuerdo
16. Carga Viral ultima	a) Menos de 100 b) Mas de 100 c)No recuerdo