



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES
CON VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
GOYENECHÉ 2021**

TESIS PRESENTADA POR:
GLADYS EDITH PUJADAS VALDIVIA

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

JULIACA – PERÚ
2023



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021

TESIS PRESENTADA POR:
GLADYS EDITH PUJADAS VALDIVIA
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN SALUD
MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

APROBADA POR:

PRESIDENTE : 
Dra. SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA

PRIMER MIEMBRO : 
Dra. AMALIA PEREZ ABARCA

SEGUNDO MIEMBRO : 
Dr. FREDY TORIBIO CHALCO VARGAS

ASESOR DE TESIS : 
Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD PÚBLICA – P42



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 240-2023-D-EPG-UANCV/J

Juliaca, 07 de octubre del 2023

VISTOS:

El expediente N° 237-A, presentado por el (la) Bachiller PUJADAS VALDIVIA GLADYS EDITH, con número de DNI. 29401709, asignado (a) con código de matrícula 1711000007, de la Maestría en SALUD, Mención: SALUD PÚBLICA, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de la Filial Arequipa.

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Bach. PUJADAS VALDIVIA GLADYS EDITH, con número de DNI. 29401709, asignado (a) con código de matrícula 1711000007, de la Maestría en SALUD, Mención: SALUD PÚBLICA, ha solicitado fecha, hora y modalidad de sustentación de la Tesis titulada: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021 La misma que pertenece a la Línea de Investigación: SALUD PUBLICA - P42 y;

Que, el (a) referido (a) Dictamen de Tesis aprobado por los jurados el 28 de Setiembre del 2023. Establece la fecha de sustentación; habiendo para el efecto cumplido los requisitos establecidos en el reglamento para la Obtención del Grado Académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV;

Que, en el Artículo 66 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Postgrado es un trabajo de investigación original y crítico, de actualidad y de alto valor científico;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17º del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. - DECLARAR EXPEDITO para la Sustentación de la Tesis titulada: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021 Elaborado por el (la) Bachiller PUJADAS VALDIVIA GLADYS EDITH. Integrado por los siguientes docentes:

- Presidente del Jurado : Dra. SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA
Miembro del Jurado : Dra. AMALIA PEREZ ABARCA
Miembro del Jurado : Dr. FREDY TORIBIO CHALCO VARGAS
Asesor de Tesis : Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI

ARTÍCULO SEGUNDO. - El proceso de la Sustentación de la Tesis en mención, se llevará a cabo:

- Fecha : Miércoles, 18 de octubre del 2023
Hora : 02:00 p.m.
Modalidad : Aula N° 309 EPG - UANCV - JULIACA

A cuya finalización el Jurado registrará los resultados en el Libro de Actas de Sustentación de Tesis de Maestría con el grado MAESTRO de los estudiantes que ingresaron posterior a la aprobación de la ley Universitaria N° 30220.

ARTÍCULO TERCERO. - Elévese la presente Resolución al Rectorado, Vicerectorado Académico, Vicerectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO
Dr. Leopoldo Wera Estay Condori Luri
DIRECTOR (a)

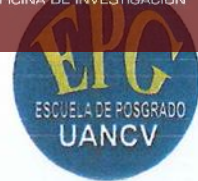


UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
Mg. PERCY GONZÁLEZ PLUMA PUMA
SECRETARIO ACADÉMICO

Cc./Archv. EPG (01)
Interesado (01)
Cargo (01)
Jurados (03)
Asesor (01)
Expediente (01)
LWCC/meyn



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCION DIRECTORAL N° 015-A - 2022- USA-EPG/UANCV

15 de Junio del 2022.

VISTOS:

El expediente N° 191-A de fecha 01 de Junio del 2022, presentado por el (la) **BACHILLER PUJADAS VALDIVIA GLADYS EDITH**, con DNI N° 29401709, código de matrícula **1711000007**, quien solicita resolución de aprobación de proyecto de tesis titulado: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021**. Línea de investigación **SALUD PÚBLICA - P42**, para optar el grado de **MAESTRO** en: **SALUD** mención: **SALUD PÚBLICA** de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Sede Arequipa.

CONSIDERANDO:

Que, en el Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de tesis de Posgrado es un trabajo de investigación original y crítico de actualidad de alto valor científico.

Que, según Resolución N° 0555-2019-UANCV-CU-R, de fecha 08 de noviembre del 2019, se aprueba el Reglamento para la obtención del grado académico de Magister, Maestro, Doctor y Titulación de los Programas de Segunda Especialidad Profesional de la Escuela de Posgrado.

Que, el **Art. 17**, establece que la aprobación del proyecto de investigación de tesis para la obtención de grados académicos de Magister, Maestro, Doctor se inicia con la presentación del proyecto de investigación de tesis según corresponda, en forma individual y conforme a las recomendaciones de la Escuela de Posgrado y estándares de la investigación científica, tecnológica y humanística.

Que en el **Art. 60**, señala que la fecha límite para la presentación del borrador de tesis es de 02 años contados desde la emisión de la resolución de aprobación del proyecto de tesis, vencido el plazo máximo el candidato a Magister, Maestro o Doctor deberá presentar un nuevo proyecto de investigación de tesis.

Que el **Art. 21**, establece que el Director de la Escuela de Posgrado y el Director de la Unidad de Investigación de la Escuela de Posgrado, nominarán por sorteo a 03 docentes miembros del comité de investigación.

Que mediante oficio circular N° 1178-2021-USA-EPG/UANCV-J, de fecha 07 de junio del 2021, se nombra al Comité de Investigación del proyecto de tesis conformado por los siguientes docentes:

Presidente	:	Dra. SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA
Primer miembro	:	Dra. AMALIA PEREZ ABARCA
Segundo miembro	:	Dr. FREDY TORIBIO CHALCO VARGAS

Que, con registro N° 003251 de fecha 01 de Junio del 2022, el Comité de Investigación del proyecto de tesis titulado: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021**. Presentado por el (la) **Bachiller PUJADAS VALDIVIA GLADYS EDITH**, cumple con los lineamientos y contenidos establecidos en reglamento de grado de investigación conducentes al grado académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV.

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j)" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado y en el artículo 76 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO: APROBAR, el Proyecto de investigación de Tesis de maestría y **AUTORIZAR** el desarrollo de la Tesis, titulado: **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021**. Presentado por el (la) **Bachiller PUJADAS VALDIVIA GLADYS EDITH**, para obtener el grado académico de **MAESTRO** en: **SALUD** mención: **SALUD PÚBLICA** de la UANCV, asesorado por el (la) **Dr. JORDAN ROSAS VALDIVIA**.

SEGUNDO: ELEVAR al Rectorado, Vicerectorado Académico, Vicerectorado Administrativo, Vicerectorado de Investigación, Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento y cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese

c./CARGO (01)
ARCHIVO EPG-2021(01)
INTERESADO (01)
FCOP/mgr





19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 15% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 14% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Metadatos complementarios - UANCV

TITULO	
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYONECHE 2021	
Datos de autor	
Nombres y Apellidos	GLADYS EDITH PUJADAS VALDIVIA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29401709
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0000-1828-285X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	RILDO PAUL TAPIA CONDORI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	30859137
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-6195-2932
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres Y Apellidos	SILVIA NATIVIDAD CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02422707
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-7121-0588
Miembro del jurado 1	
Nombres Y Apellidos	AMALIA PEREZ ABARCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02436112
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-8794-560X



Miembro del jurado 2	
Nombres Y Apellidos	FREDY TORIBIO CHALCO VARGAS
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01233951
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-9639-3926
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA – P42
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Dirección: HOSPITAL GOYONECHE País: PERÚ Departamento: AREQUIPA Provincia: AREQUIPA Distrito: AREQUIPA -16.40220, -71.52788 https://maps.app.goo.gl/FKH2JxLdgay9qg459</p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	JUNIO 2022 – OCTUBRE 2023
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00 Ciencias del cuidado de la salud y servicios (administración de hospitales, financiamiento) https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01




 M.D. RAMIRO AMÍLCAR BOLANOS CALDERÓN
 ESCUELA DE POSTGRADO
 D.C. Ramiro Amílcar Bolanos Calderon
 DIRECTOR
 DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo GLADYS EDITH PUJADAS VALDIVIA, identificado con DNI Nro. 29401709 en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional
- Programa de Segunda Especialidad,
- Programa de Maestría o Doctorado

MAESTRÍA EN SALUD MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021

Asesorado por: Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 30 de Julio del 2024


FIRMA (ASESOR)


FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A mi familia, por el apoyo incondicional, porque ellos son el soporte fundamental en el transcurso de la vida y forman parte de mis logros.



AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velázquez por su apoyo y labor incondicional, por motivarme a cada día lograr mi objetivo.



INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
INDICE GENERAL.....	iii
INDICE DE TABLAS.....	vi
INDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	xiv

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. EXPOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	1
1.2. FORMULACIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5.1. Hipótesis general.....	5
1.5.2. Hipótesis específicas.....	5
1.5.3. Variables.....	5
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	6

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
--------------------------------------------	---



2.1.1.	A nivel internacional	7
2.1.2.	A nivel nacional	8
2.1.3.	A nivel local	10
2.2.	MARCO TEÓRICO INICIAL QUE SUSTENTA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	11
2.2.1.	VIH/Sida	11
2.1.1.1.	Fases de la infección.....	11
2.1.1.2.	Vías de transmisión.....	12
2.1.1.3.	Diagnostico.....	12
2.1.1.4.	Reacciones frente al diagnóstico del VIH/Sida (25)	13
2.2.2.	Estadísticas mundiales del VIH/SIDA.....	14
2.2.3.	TAR (tratamiento antirretroviral).....	15
2.2.4.	Vinculación al tratamiento	16
2.2.5.	Comorbilidad y VIH	16
2.2.6.	Tratamiento	18
2.2.7.	Medidas de autocuidado en el paciente con VIH (25).....	20
2.2.8.	Alimentación del paciente con VIH	21
2.2.9.	Monitoreo del paciente con VIH en TARV(23).....	23
2.2.10.	Definición y componentes de la adherencia terapéutica	23
2.2.11.	Consideraciones para la carga viral.....	27
2.2.12.	Adherencia y desaceleración del desarrollo de cepas del virus resistentes a ART	27
2.2.13.	Implementación de intervenciones multifacéticas para mejorar la adherencia al TAR.....	29
2.2.14.	Factores que impiden la adherencia al TAR en contextos de países en desarrollo y desarrollados	30
2.2.15.	Objetivos de la terapia antirretroviral:	30
2.2.16.	Principios de la terapia antirretroviral:.....	30



2.2.17. Educación y consejería antes de ART	31
2.2.18. Investigación sobre la mala adherencia al régimen HAART -	32
2.2.19. Revisión de la literatura sobre los factores que afectan la adherencia	33
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	36

CAPITULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	37
3.3. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	37
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	38
3.6. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	39

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	40
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES	60
REFERENCIAS	61

ANEXOS



INDICE DE TABLAS

TABLA 1 ESQUEMAS PARA EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LA INFECCIÓN POR VIH (23).....20

TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y SEXO40

TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA42

TABLA 4 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL43

TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ORIENTACIÓN SEXUAL 44

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN45

TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN46

TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO47

TABLA 9 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PERTENENCIA AL SIS...48

TABLA 10 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD49

Tabla 11 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TRATAMIENTO RECIBIDO50

TABLA 12 VARIACIÓN DE LOS NIVELES DE CARGA VIRAL (COPIAS RNA/ML) Y CONTEO DE LINFOCITOS (CD4/MM³) CON EL TRATAMIENTO51

TABLA 13 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADIO CLÍNICO52

TABLA 14 COMORBILIDADES PRESENTES EN LOS PACIENTES53

TABLA 15 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN54



TABLA 16 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	55
TABLA 17 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVELES DE DEPRESIÓN.....	56
TABLA 18 RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES.....	57



INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y SEXO 41

FIGURA 2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA 42

FIGURA 3 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL 43

FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ORIENTACIÓN SEXUAL
..... 44

FIGURA 5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN 45

FIGURA 6 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN 46

FIGURA 7 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO 47

FIGURA 8 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PERTENENCIA AL SIS
..... 48

FIGURA 9 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD 49

FIGURA 10 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TRATAMIENTO RECIBIDO 50

FIGURA 11 VARIACIÓN DE LOS NIVELES DE CARGA VIRAL (COPIAS RNA/ML) Y CONTEO DE LINFOCITOS (CD4/MM3) CON EL TRATAMIENTO
..... 51

FIGURA 12 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADIO CLÍNICO ... 52

FIGURA 13 COMORBILIDADES PRESENTES EN LOS PACIENTES 53

FIGURA 14 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN 54



FIGURA 15 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.....	55
FIGURA 16 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVELES DE DEPRESIÓN	56
FIGURA 17 RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES	57



RESUMEN

En el presente trabajo titulado **“Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH atendidos en el Hospital Goyeneche 2021”**, se realizó la investigación y se determinó como pregunta general: ¿ Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche?, los problemas específicos fueron: ¿ Cómo es la adherencia en pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche? ¿Cuáles son las características socio demográficas de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche? ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de la progresión de la enfermedad y la efectividad del tratamiento antirretroviral de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche? ¿Cuál estado psicológico de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche? Y tuvo como objetivo general: Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche, los objetivos específicos fueron: a. Establecer el nivel de adherencia en pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche. Identificar las características socio demográficas de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche. Conocer el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de la progresión de la enfermedad y la efectividad del tratamiento antirretroviral de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche. Establecer el estado psicológico de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche. La población con la que se trabajó fueron 935 pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche y se consideró un total de muestra de



200 personas (pacientes) que cumplan todos los criterios de selección a los que se les aplicó el instrumento de recolección de datos, dando como conclusión que según la satisfacción con la atención en pacientes con VIH atendidos en el Hospital Goyeneche un 73.5% indicaron un nivel medio con relación a la atención. Que según niveles de depresión en las personas (pacientes) con VIH atendidos en el Hospital Goyeneche un 63.0% presentaron un nivel normal. Y un 59.0% presentan una adecuada adherencia en las personas (pacientes) con VIH atendidos en el Hospital Goyeneche.

Palabras claves: Adherencia al tratamiento, Tratamiento antirretroviral, Pacientes con VIH.



ABSTRACT

In the present work entitled "Factors that influence adherence to antiretroviral treatment in patients with HIV treated at Hospital Goyeneche 2021", the investigation was carried out and the general question was determined: What are the factors that influence adherence to treatment? treatment in patients treated at the Goyeneche Hospital? The specific problems were: How is adherence in patients receiving antiretroviral therapy at the Goyeneche Hospital? What are the sociodemographic characteristics of the patients receiving antiretroviral therapy at the Goyeneche Hospital? What is the level of knowledge of patients about the progression of the disease and the effectiveness of antiretroviral treatment of patients receiving antiretroviral therapy at Hospital Goyeneche? What psychological state of patients receiving antiretroviral therapy at the Goyeneche Hospital? And it had as a general objective: Identify the factors that influence adherence to antiretroviral treatment in patients treated at the Goyeneche Hospital, the specific objectives were: a. To establish the level of adherence in patients receiving antiretroviral therapy at the Goyeneche Hospital. To identify the sociodemographic characteristics of patients receiving antiretroviral therapy at the Goyeneche Hospital. To know the level of knowledge of patients about the progression of the disease and the effectiveness of antiretroviral treatment of patients receiving antiretroviral therapy at Hospital Goyeneche. To establish the psychological state of patients receiving antiretroviral therapy at the Goyeneche Hospital. The population with which we worked were 935 patients receiving antiretroviral therapy at the Goyeneche Hospital and a total sample of 200 people (patients) who met all the selection criteria to whom the data collection instrument was applied was considered. , concluding that according to satisfaction with care



in patients with HIV treated at the Goyeneche Hospital, 73.5% indicated a medium level in relation to care. That according to levels of depression in people (patients) with HIV treated at the Goyeneche Hospital, 63.0% presented a normal level. And 59.0% have adequate adherence in people (patients) with HIV treated at the Goyeneche Hospital.

Key Words: Treatment adherence, Antiretroviral treatment, Patients with HIV.



INTRODUCCIÓN

La epidemia del Sida ha ocasionado grandes gastos e impacto en la Salud Pública en todos los estados a nivel mundial y a pesar de los avances en la implementación de la terapia antirretroviral, aun la incidencia de casos nuevos es de bastante importancia.

El esfuerzo por informar la expansión de la enfermedad, se asienta en la promoción de una sexualidad responsable y el enrolamiento temprano o precoz a la terapia antirretroviral de las personas infectadas, en la cual es muy importante la adherencia al tratamiento.

Una de las estrategias que pone una meta a largo plazo es la lanzada por ONUSIDA, para el 2030, cuyos objetivos son que el 90% de las PVVIH reconozcan su estado serológico; el 90% de todos los individuos prescritas tomen tratamiento antirretroviral; y que el 90% de los individuos que acceden al tratamiento tengan la carga viral suprimida. Es claro que para lograr esto, sea absolutamente necesario una adherencia adecuada y quizás optima al tratamiento antiviral. (1)

La relación con los profesionales de salud suele ser determinante en la adherencia, los sujetos viviendo con VIH refieren la necesidad de una red de apoyo social que facilite el acceso, el seguimiento y la motivación suficiente para continuar con el tratamiento. También es determinante la familia, que son la principal fuente de apoyo emocional. (2)

En la presente investigación se busca establecer cuáles son los elementos que mejoran la adherencia en pacientes que acuden a recibir la terapia en el departamento de medicina del Hospital Goyeneche.



Se realizará una revisión bibliográfica de la normativa vigente, los procesos de enrolamiento, revisión de historia clínicas para evaluar el cumplimiento y una entrevista dirigida, para recabar los datos que brinden información en vínculo de los elementos influyentes en la adherencia al tratamiento.

Este estudio ha sido ejecutado siguiendo el reglamento de investigación correspondiente a la Escuela de Posgrado, de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez", es así que está compuesto por lo siguiente:

En el capítulo I, se despliega en un inicio con el problema donde se expone la situación actual de la problemática, seguido del planteamiento del problema (general y los específicos) a consecuencia de ello se formulan los objetivos (general y los específicos), para terminar se menciona la justificación, las hipótesis y una tabla donde se exponen las variables (operacionalización).

En el capítulo II, se muestra amplia información del marco teórico, seguido de unos cuantos antecedentes, lo mencionado sustenta el proyecto de investigación y finaliza con el sustento del marco conceptual.

En el capítulo III, se despliega el procedimiento metodológico de la investigación, que contiene el método, seguido del diseño, considerando al tipo, población y por consiguiente se determina la muestra, los medios como las técnicas e instrumentos de investigación que permiten llegar a los resultados y para finalizar la matriz de consistencia.

En el capítulo IV, se exponen los resultados y su correspondiente análisis. También, las conclusiones, seguido de ello las recomendaciones, y para finalizar las referencias bibliográficas, así como, los anexos correspondientes.



CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. EXPOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una complicación de salud en el mundo, de acuerdo con las estadísticas presentadas en las fuentes de internet (página web) correspondiente a la organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019 existían 38'000,000 de personas infectadas, 1'700,000 se infectaron en el 2018, 690,000 murieron por casusas relacionadas al VIH y 68% de los adultos infectados iniciaron terapia antirretroviral en el 2019.(3).

En nuestro país, la epidemia tuvo su inicio en el año 1983, a partir del cual se han ido registrando nuevos casos, los cuales, según el boletín epidemiológico del VIH de febrero del 2020, suman un total de casos que están alrededor de los 132 657 por contagio de VIH, quienes 45 089 se hallan en estadio SIDA. La vía de transmisión más habitual (99.1%) sigue siendo la sexual.(2)

La implementación de la terapia antirretroviral (TAR), ha transformado a la enfermedad en una condición crónica manejable, donde los antirretrovirales consiguen disminuir la carga viral hasta un grado no detectable en sangre, optimizando la calidad de vida del paciente.



El éxito del tratamiento está ligado al cumplimiento de la terapia y las indicaciones de autocuidado de la salud, para adquirir nuevos comportamientos que ayuden a disminuir el riesgo de una reinfección.

Diferentes investigaciones han señalado que adherencias mejores al 95% consiguen mitigar correctamente la carga viral; de esta forma, además, en un porcentaje alto de 81% se ha evidenciado cargas que son indetectables ello en pacientes que presentan una adherencia que se encuentra por encima del 90%; mientras que con relación a la falla virológica se logra la enseñanza en tan solo el 61% de personas (pacientes) que presentan una adherencia de entre 80 a 94%, además se da un aumento de un 80% de la falla virológica solo para aquellas adherencias de 80% o inferiores. Ya que la adherencia al procedimiento es un fenómeno relacionado al hombre en su totalidad son bastantes los componentes que permanecen involucrados a la adherencia al TARGA. (4)

En nuestro país la terapia inicio en el año 2004, mediante la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y Sida, en 15 hospitales de Lima y 33 hospitales regionales en forma progresiva; se agrupó principalmente en el aprendizaje del profesional de salud, afirmar la disponibilidad de diferentes medicamentos y el hecho de la adherencia al tratamiento, el cual se administraba en ciertas condiciones de recuento de carga viral y CD4. En el programa se ofrecen, de modo gratuito, el tratamiento antirretroviral (TARV), seguido de una serie de pruebas bajo un monitoreo y sobre todo un apoyo psicológico concerniente a la depreciación de pericias sexuales de peligro y sobre todo de la adherencia al tratamiento. (5)



1.2. FORMULACIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿De qué manera los factores influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Goyeneche en el año 2021?

1.2.2. Problemas específicos

PE1. ¿En qué medida los factores sociodemográficos influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Goyeneche en el año 2021?

PE2. ¿Qué influencia tienen los factores clínicos personales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Goyeneche en el año 2021?

PE3. ¿Cómo es la influencia de los factores clínicos psicológicos en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Goyeneche en el año 2021?

PE4. ¿Cuál es la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Goyeneche en el año 2021?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

OG. Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche.



1.3.2. Objetivos específicos

- OE1.** Establecer el nivel de adherencia en pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche 2021
- OE2.** Identificar las características socio demográficas de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche 2021
- OE3.** Conocer el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de la progresión de la enfermedad y la efectividad del tratamiento antirretroviral de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche 2021
- OE4.** Establecer el estado psicológico de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche 2021

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El compromiso a nivel mundial es lograr la disminución de la incidencia del VIH y la eliminación del Sida, para ello los países, incluido Perú, se han planteado que hacia el 2020 el 90% de PVV deben conocer su diagnóstico, el 90% de PVV tomen TARV y el 90% de las PVV posean supresión viral. (1)

No existe un conocimiento exacto que determine cuáles son los elementos que poseen mayor influencia en la adherencia al tratamiento antirretroviral. Los cuales pueden variar dependiendo de diferentes aspectos relacionados al paciente. Por lo tanto, es necesario contar con información que permita mejorar el abordaje de los pacientes enrolados en el programa.

Se cuenta con equipos multidisciplinarios conformados por el médico tratante, enfermera, psicólogo, obstetra, entre otros; pero aún no se logra aumentar significativamente la adherencia, esto puede ser debido a la alta



demanda de pacientes que sobrepasa la capacidad resolutive del personal de salud, en muchos de los establecimientos que brindan TAR.

Conocer de cerca las necesidades manifestadas por los pacientes y usuarios del sistema, facilita la instalación de estrategias que mejoren la adherencia. Es necesario optimizar lo existente, sin descuidar la gestión de mayor cantidad de recursos humanos y la mejora de infraestructura que mejore la percepción de los usuarios.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Hipótesis general

HG. Los factores más influyentes en la adherencia al TAR son los aspectos socioeconómicos del paciente con VIH.

1.5.2. Hipótesis específicas

HE1. La adherencia a la terapia antirretroviral es adecuada en los pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche

HE2. El nivel de conocimientos acerca del tratamiento y su eficacia influye en la adherencia al tratamiento antirretroviral

HE3. Existen estados psicológicos relacionados a la depresión que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

1.5.3. Variables

• **Variable dependiente:**

Adherencia a TARV

• **Variable independiente**

Factores que influyen.



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala
V 1 Factores Asociados (Independiente)	Características, circunstancias o situaciones que conforman el medio social, económico, psicológico y de atención sanitaria del paciente.	Factores Sociales	- Edad - Sexo - Grado de instrucción - Ocupación - Religión - Orientación sexual	Nominal
		Factores Económicos	- Ingreso económico - Afiliación al SIS - Acceso a servicios básicos	Nominal
		Factores relacionados al personal de salud	- Satisfacción con el servicio recibido - Percepción hacia el personal de salud - Conocimiento sobre los beneficios del tratamiento	Nominal
		Factores Psicológicos	- Nivel de depresión	Ordinal
V2 Adherencia al TARV (Dependiente)	Comportamiento del paciente manifestado por la correcta ingesta de medicamentos antirretrovirales (ARV) y el cumplimiento de indicaciones médicas.	Cumplimiento del tratamiento ARV	- Adherencia adecuada - Adherencia no adecuada	Nominal
		Cumplimiento de la terapia concomitante	- Adherencia adecuada - Adherencia no adecuada	Nominal
		Autocuidado	- Alimentación balanceada - Uso de preservativo	Nominal

Nota: elaboración propia



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

En el estudio denominado **“Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con VIH SIDA en un hospital de tercer nivel”**, correspondiente a Colombia, realizado por Ana María Granada et al, en el que después de una evaluación, Se incluyeron 51 pacientes que habían participado en el programa durante un año; 12 (23 por ciento) tenían adherencia al tratamiento, 32 (62 por ciento) poseían una historia de abuso de sustancias y 33 (64 por ciento) poseían cualquier patología psicológica agrupada. La psicopatología y una débil red de apoyo se asociaron con la no adherencia.(7)

El estudio denominado **“Personas trans y su adherencia a la terapia antirretroviral para el VIH/SIDA”**, en Puerto Rico por Meléndez Sáez, Rodríguez y Vélez, el objetivo de este estudio de métodos mixtos era considerar y referir el vínculo entre las variables de soporte social, las afirmaciones sobre la salud y la depresión, y tener que estudiar exactamente el nivel que se tiene a la adherencia correspondiente a los tratamientos antirretrovirales (TAR) contando



con una muestra total de 8 individuos considerados como trans ellos ya viven con el VIH/SIDA en Puerto Rico (N = 8). (PR). En los resultados se revelaron que el apoyo social es el elemento más significativo en la adhesión a la TAR, que tiene significado clínico.(8)

Por otro lado, en el estudio **“Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA”**, de Arevalo et al., se tuvo como resultados: “El 84 por ciento de los pacientes se adhirieron al procedimiento farmacológico. Los menores de 40 años, los que tienen un bajo estatus socioeconómico, los que perciben barreras al procedimiento, los que toman más de cuatro pastillas al día y las damas cuyos cónyuges o primogénitos han sido determinados con el VIH/SIDA tienen menos probabilidades de adherirse al procedimiento farmacológico, según una investigación en vinculo de los elementos que influyen en la adherencia”. (9)

2.1.2. A nivel nacional

La indagación denominada **“La mala calidad de sueño se asocia a una menor adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes peruanos con infección por VIH/SIDA”**, desarrollada por Jorge Renzo Tello-Velásquez y colaboradores, miembros de universidades peruanas y una colombiana, concluyo que de forma independiente, la calidad del sueño moderado/grave está coligada a la adherencia a la TARGA. Por lo tanto, la valoración de la característica del sueño es un aliado para la evaluación global de los usuarios con VIH.(10)

La tesis de Juana Pacifico Bedon, **“La satisfacción respecto a la información sobre la medicación y su asociación con la adherencia a TARGA en pacientes con VIH/ SIDA en un hospital de Lima Metropolitana”**,



arrojo como resultados que en el total de la muestra de personas encuestadas es de 364, la satisfacción con los datos en relación de la medicación no estaba relacionada con la adherencia, por lo que se tiene un 0,611 que gac referencia al "p", mientras que un OR igual a 1,18 (IC95 por ciento OR que se encuentra entre un 0,73-1.91). El 48,9% de los encuestados estaba más satisfecho con los datos sobre la acción y el empleo de los medicamentos que con los datos en relación de las posibles reacciones desfavorables ($Z= 2,1820$; $p= 0,0291$). El sexo, $OR= 0.56$ (IC95 por ciento: 0,32-0.96); el nivel de educación, $OR= 0.52$ (IC95 por ciento: 0,32-0,85); y la edad, $OR= 1,05$, fueron factores asociados a la satisfacción de la información (IC95 percent 1.03-1.08). Conclusiones: La adhesión a TARGA no se correlacionó con la calidad de la información recibida sobre los medicamentos. Hay necesidad de información adicional centrada en los efectos adversos que podrían darse por el TARGA. La satisfacción de los datos está relacionada con la edad y es inferior para las mujeres y las que tienen un mayor nivel de educación.(11)

La tesis denominada "**Factores asociados a la no Adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Lazarte**" de Patricia Del Pilar Leiva Salinas, arrojo como resultados que de un total de 150 personas (pacientes) que se encuentran en la edad adulta, presentándose así con una edad media de 26,4 años estas correspondiente al grupo no adherente mientras que los que están en la edad de 31,5 años si se encuentra en el grupo opuesto. Se tiene que con relación a la enfermedad y su tiempo en el grupo que engloba a lo no adherente se tiene 4,6 años, en cambio en lo adherente solo se considera un total de 2,5 años; tener un grado de ilusión o educación primaria está asociado con una



relación de probabilidades de 4,1 para no adherirse a TARGA; tener un comportamiento homosexual está asociado con una relación de probabilidades de 2,1 para no adherirse a Conclusión: tener una edad más temprana, una duración más larga de la enfermedad, un grado de ilusión o educación primaria y un comportamiento homosexual están coligados a la no adherencia a TARGA entre los adultos que presentan el SIDA. (12)

2.1.3. A nivel local

En la tesis denominada **“Prevalencia de síntomas depresivos y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH que reciben TARGA en la ESNITSS del Hospital Goyeneche – 2019”**, de Rojas Noha, Yorka, se evidencia que el 47.4 % tenían edades entre los 18 a 29 años, de los cuales el 91.4% son varones, el 56.9% posee educación básica por lo que cuenta con haber concluido la secundaria, además más de la mitad (71.6%) indica que tiene a su lado a un agente que lo considera como soporte. En cuanto a los índices de depresión reportados, se evidencia que el 12.9% y 13.8% presentan depresión moderada y severa respectivamente. (13)

La tesis de Tejada Fernández, Carlos Alfredo y Rodríguez Gallegos, Ezequiel Fernando, denominada **“Adherencia al tratamiento y estilos de afrontamiento en pacientes portadores de VIH/Sida, Hospital Goyeneche – Arequipa”**, en una muestra de 72 participantes (varones = 55; damas = 17) entre los 18 y los 65 años que asistieron al programa en el Hospital Goyeneche, buscamos instituir un vínculo entre los diversos mecanismos de afrontamiento que facilitan la estricta adherencia correspondiente al tratamiento TARGA. Los efectos revelaron una correlación muy propia entre la adherencia y un estilo de afrontamiento centrado en las emociones. Además de una correlación positiva



significativa entre las cualidades de afrontamiento equidistantes en el problema y en la emoción, también se muestra otra correlación entre la tasa de adherencia, la dimensión interpretativa positiva y la aprobación siendo esta muy fuerte.(14)

Tesis **“Relación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad en personas viviendo con VIH/SIDA tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2020”**, de Sucasaca Cusi, Elizabeth, se evidencio que un total de 64% casos se dio de forma apropiada la adherencia al tratamiento, de estos un total de 32% personas (pacientes) presenta algunos síntomas depresivos, pero el 28% de estos son leves o se pueden controlar pero un 4% presenta síntomas moderados, por lo que en conclusión no hay casos severos de depresión. En el caso de que no exista depresión se evidencia un 83.4% de adherencia, cuando hay depresión ligera solo 25% son adherentes.(15)

2.2. MARCO TEÓRICO INICIAL QUE SUSTENTA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

2.2.1. VIH/Sida

La inoculación por el VIH es una infección transmitida sexualmente originada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que arremete el sistema inmunitario y lo hace incapaz de protegerse adecuadamente contra otras infecciones. Tiene una progresión lentísima y manifestaciones clínicas no específicas; la fase terminable es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

2.1.1.1. Fases de la infección

Inicio (fase aguda): Periodo temprano en el cual los signos y síntomas son variables y pueden estar confusos con patologías respiratorias como las gripes



y los quadrixe virales; puede haber fiebre, dolor muscular, sequedad de garganta y adenopatía cervical, pero la gente suele ser asintomática (sin síntomas de la enfermedad). A partir de ese instante, consiguen transmitir a otros individuos.

La fase crónica: dura meses o años y puede ocurrir infecciones ocasionales como herpes zoster. Se tiene que en este punto los linfocitos T4 y la carga viral, se encuentran en valores normales.

Final (SIDA): (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es la fase avanzada del contagio, que se determina por el aspecto de padecimientos infecciosos y lesiones cancerosas, así como una disminución de los linfocitos T4 y un acrecentamiento de la carga viral en la sangre.

2.1.1.2. Vías de transmisión

1. Sexual: es la vía de transmisión más frecuente (97%), usualmente debida a la falta de medidas de protección en el sexo (preservativo).
2. Sanguínea: usualmente en pacientes que usan drogas inyectadas, también en transfusiones, trasplante de órganos, tejidos y peripecias corto punzantes contaminados con sangre infectada.
3. Vertical: es la comunicación de madre positiva a su primogénito ello durante el embarazo, puede desarrollarse en el parto o en la etapa de la lactancia.

2.1.1.3. Diagnostico

Usualmente el hallazgo de un paciente positivo a VIH es mediante la oferta de tamizaje en población general, en las unidades de atención medica periódica a población clave (LGTB), análisis prematrimoniales, control prenatal y exámenes complementarios a tratamiento médico.

Pruebas de tamizaje: ELISA, quimioluminiscencia y pruebas rápidas.



Pruebas confirmatorias: con la detección de carga viral, IFI (Inmuno fluorescencia indirecta) o Inmunoblot. (23)

2.1.1.4. Reacciones frente al diagnóstico del VIH/Sida (25)

- Negación: aparecen mecanismos de defensa para reducir la ansiedad y el malestar emocional, y los pacientes no aceptan un diagnóstico de contagio por VIH.
- Miedo: las personas no solo tienen miedo a fallecer, sino también al dolor que la muerte consigue causarles a ellos mismos ya los demás.
- Temor: es un sentimiento intrínseco que ocurre antes de que ocurra algo que pensamos que puede ocurrir.
- Culpabilidad: la persona se siente culpable por tener el virus, antecedentes médicos personales, lo que piensan los demás, y muchas veces trata de culpar a los demás.
- Enojo: generalmente contra los demás, es una manera de ocultar el miedo.
- Angustia: estado emocional alterado ante la enfermedad.
- Depresión: un estado en el que te sientes letárgico o desmotivado.
- Aceptación: posterior de un tiempo que depende de la madurez emocional del paciente, se inicia la aceptación al diagnóstico.
- Esperanza: con el tiempo se adquiere la sensación de sentirse optimistas respecto de su estado de salud y las posibilidades de tratamiento.



2.2.2. Estadísticas mundiales del VIH/SIDA

A fines de 2019, alrededor de 38'000,000 de personas vivían con el VIH a nivel mundial, y la mayoría vivía en el África subsahariana. El VIH/SIDA se cataloga como una pandemia, por el hecho de que se inicia con un brote de padecimiento que emerge y se propaga agresivamente a gran escala. Entre su descubrimiento y 2019, el sida ha matado a unos 39'000,000 de personas en todo el mundo. El SIDA fue identificado por 1^{ra} vez por los Centros orientados al Control y a la Prevención de Enfermedades de EE. UU. en el año 1981 y por el lado de la causa (la infección por VIH) se dio por los inicios de la década de 1910.

Según ONUSIDA se conservaron las sucesivas estadísticas al cierre de junio 2020.

- 26'000,000 de personas recibieron terapia antirretroviral.
- 38'000,000 de personas que están en diferentes lugares del mundo viven con el VIH.
- 1,700,000 de personas viven con el VIH.
- 690.000 muertes por enfermedades afines con el SIDA.
- Cuando empezó la epidemia del SIDA, 75'700,000 de individuos se han infectado con el VIH.
- 39,7 millones de sujetos han fallecido por enfermedades concernientes con el SIDA desde que se dio inicio de la conocida epidemia del SIDA. (4)

En Latinoamérica, la cuantía de casos nuevos por año sigue desarrollando, aumentando un 21% de 2010 a 2019, y como información publicada por la OPS, considera que había 1'800,000 de individuos viviendo con VIH en América Latina en 2016. Los jóvenes son los más afectados, y los jóvenes de 15 a 24 años siguen figurando un 1/3 de todas las nuevas infecciones por el



VIH en 2016. Ante esta situación, se propugna un nuevo enfoque denominado prevención combinada.

Varias de las naciones latinoamericanas han adoptado las recomendaciones de la OMS con el propósito de tomar decisiones desde ya para comenzar con la terapia antirretroviral, ya que progresa la particularidad de vida de los individuos (pacientes) y ayuda a prevenir la transmisión.

Casi 1,2 millones de individuos (162 000 en el Caribe y más de 1 millón en América Latina) han admitido TARV en América latina y el caribe durante el 2016, esto cual simboliza 100 000 personas más que en el 2015. En relación con el total de individuos con el VIH en el 2016, los individuos que recibieron TARV personifican el 52 por ciento [41 por ciento – 6%] de los sujetos con el VIH en el Caribe y el 58 por ciento [42 por ciento -72 por ciento] en América Latina.

2.2.3. TAR (tratamiento antirretroviral)

El tratamiento antirretroviral, antiguamente definido como TARGA, se traduce en la ocupación de 3 o más antirretrovirales para suprimir al inmenso la carga viral en sangre, incluso grados indetectables, lo que condiciona el recobro inmunológico en pacientes con VIH. El proceso en nuestro país, inicio exactamente en el año 2003 y en Arequipa como región, el año 2005. La introducción del tratamiento ha conseguido beneficios clínicos ciertos y es estimada una de las estrategias que sujeta la mortalidad, hospitalizaciones, contagios oportunistas y progreso de la característica de vida de los individuos que en adelante son considerados pacientes.(5)

La inadecuada adherencia a la TAR en los adultos, así como a otros medicamentos prescritos para el VIH, sigue siendo la trascendental causa de fallo terapéutico.



Hay varios elementos coligados a la adherencia negativa y otros que proporcionan la adherencia, por lo que antes de empezar la terapia, se debe preparar al paciente, evaluar los aspectos el cual pueden dañar a la adherencia y pretender corregirlos. También se debe evaluar periódicamente la adherencia al TAR y al resto de medicamentos indicados.(16)

Los estudios realizados a la fecha demuestran que una adecuada adherencia a la terapia, superior al 95%, logran extirpar en forma adecuada la carga viral. Asimismo se ha demostrado que adherencias menores al 80%, condicionan con mayor frecuencia una falla virológica.

2.2.4. Vinculación al tratamiento

Debe efectuarse desde el diagnóstico del tratamiento, proveyendo información sobre la forma de tratamiento, el acceso gratuito y los lugares donde puede recibirlo.

Es responsabilidad del equipo de salud que el paciente ingrese al tratamiento en un máximo de 30 días o 3 consultas médicas. (23)

2.2.5. Comorbilidad y VIH

La infección logra cursar en forma asintomática y la aprobación de la terapia varia en estos casos. Son pocos los estudios que han tenido en cuenta estos factores, pero en una investigación desarrollada por Gao et al, los usuarios en estadio ya sea el B o C, muestran principal adherencia que los que están en estadio A, ya que coligan el incumplimiento con un elevado peligro de morir.(19)

Enfermedades oportunistas

La inmunosupresión, principalmente celular, provocada por el VIH es la causa de la enfermedad oportunista en pacientes contagiados por este virus. La mayoría de las patologías oportunistas que tienen la posibilidad de ser



contagiosas o tumorales, forman parte miembro de la enunciación del SIDA, además se da un componente de predicción en el curso evolutivo de dicha patología. No obstante a lo que pasa con lo demás poblacional, en donde se indaga acusar todos los indicios a una sola enfermedad, en las personas (enfermos) con SIDA es común descubrir que estos tienen más de una afección en un mismo enfermo. (20)

A continuación, una revisión de las patologías más frecuentes:

- **Pneumocystis carinii.** Patología habitualmente localizada en los pulmones, se muestra por dificultad para respirar, tos seca, fiebre, sudoraciones nocturnas y pérdida de peso.
- **Cándida albicans.** Es el hongo que ataca con mayor frecuencia a las personas infectadas con VIH. Se da las infecciones que atacan a la mucosas contienen el muguet, esofagitis y vaginitis; es frecuente el daño que se da directamente a la mucosa por medio del tubo digestivo siendo esta no esofágica, foliculitis, balanitis, así como también la candidiasis cutánea, onicomycosis, intertrigo, o también la candidiasis perianal, etc. La candidiasis además consigue afectar el Sistema Nervioso Central (SNC), cardíaco, respiratorio, urinario, osteoarticular, ocular y candidiasis dispersa que se traduce en afectación orientada a la meninges y la parénquima cerebral. (20)
- **Cryptococcus neoformans.** Hongo unicelular y encapsulada. Se encuentra en el excremento de los pájaros, especialmente en los pigeons, así como en el suelo, los frutos y la leche. A pesar de que el patógeno penetra en el tracto respiratorio, la meningoencefalitis es la manifestación más común. (20)
- **Toxoplasma Gondii.** Protozooario parasito intracelular, es frecuente en la población general, persiste latente debido a la inmunidad celular, pero en el



paciente con SIDA se manifiesta con lesiones en el cerebro, siendo este su trascendental sitio conocido como asiento, además logra perturbar la retina, corazón, pulmón, hígado, páncreas, etc. (21)

- **Histoplasma capsulatum.** Considerado como un hongo que también se halla en el excremento de las aves, en el guano de los murciélagos, sobre todo. En los enfermos con SIDA, produce daño en el Sistema Reticuloendotelial (SRE) y expresiones periódicamente cutáneas, mucosas y pulmonares. (21)
- **Virus herpes.** Existen varios subtipos dentro de la familia de los herpes virus, pero los que atacan con mayor frecuencia a los pacientes infectados con VIH, son el herpes y Herpes 2, citomegalovirus, Herpes Zoster y Varicela.
- **Micobacterium tuberculosis.** La tuberculosis es una enfermedad habitual en nuestro país. Por lo que los pacientes reciben terapia preventiva para evitar el desarrollo de formas agresivas como la Tuberculosis meníngea.
- **Micobacterias atípicas.** En ellas se observa una gran prevalencia de micobacteriosis atípicas ello en personas (pacientes) con SIDA producidas por el *Micobacterium avium*. El riesgo es latente cuando los pacientes cursan con inmunodepresión es rígida con niveles de linfocitos T4 por inferior de 100/mm³. (22)
- **Cryptosporidium sp.** Se considera como parasito que origina infección intestinal, manifestado por diarreas imparables. También es frecuente cuando los linfocitos T4, están por debajo de 200/mm³. (21)

2.2.6. Tratamiento

En varias investigaciones se evidencia que la adherencia disminuye cuando el tratamiento se hace más complejo, pero desafortunadamente debido a las



condiciones sanitarias y ambientales se hace necesario una serie de terapias preventivas.

Dentro de las terapias que recibe el paciente con VIH se encuentran:

- Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual
- Terapia Preventiva para Tuberculosis, instaurada en nuestro país por la alta prevalencia de TBC en la población.
- Terapia preventiva con Trimetropin/Sulfametoxazol, para prevenir el progreso de neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, Toxoplasmosis y diarrea por coccidias.
- Vacunación, con vacuna Anti diftetetano, hepatitis B e Influenza.

Para el inicio de la Terapia Antirretroviral, toda persona debe ser evaluada por un médico tratante en un lapso no mayor a una semana.

Todo paciente debe contar con valoraciones básicas(23):

- Pruebas de laboratorio: Hemograma, transaminasas, glucosa, creatinina, urea, sedimento urinario, perfil lipídico
- Radiografía de Tórax
- 2 baciloscopias para descarte de Tuberculosis

El ingreso al TARV es voluntario y se debe brindar al paciente, información en relación de los peligros y favores del tratamiento, así como de los peligros de no recibir la terapia en forma oportuna.

De acuerdo a la Norma Técnica de salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)(23), los esquemas son:

TABLA 1 ESQUEMAS PARA EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LA INFECCIÓN POR VIH (23)

Esquemas de primera línea	Esquemas de segunda línea y otros esquemas	Basados en abacavir	Esquemas de segunda línea y otros esquemas
Tenofovir 300 mg (TDF)/ Emtricitabina 200 mg (FTC)/ Efavirenz 600 mg (EFV)	Tenofovir 300 mg (TDF)/ Emtricitabina 200 mg (FTC)+ Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg (LPV/rtv)	Abacavir 600 mg (ABC)/ Lamivudina 300 mg (3TC) + Efavirenz 600 mg (EFV)	Zidovudina 300 mg. (AZT)/ Lamivudina 150 mg. (3TC) + Efavirenz 600 mg. (EFV)
Tenofovir 300 mg (TDF)/ Emtricitabina 200 mg (FTC) + Efavirenz 600 mg (EFV)	Tenofovir 300 mg (TDF) + Lamivudina 150 mg (3TC) + Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg (LPV/rtv)	Abacavir 300 mg (ABC) + Lamivudina 150 mg (3TC) + Efavirenz 600 mg (EFV)	Zidovudina 300 mg. (AZT) / Lamivudina 150 mg. (3TC) / Nevirapina 200 mg. (NVP)
Tenofovir 300 m. (TDF)+ Lamivudina 150 mg (3TC) + Efavirenz 600 mg (EFV)	Tenofovir 300 mg (TDF)+ Lamivudina 150 mg (3TC) + Dolutegravir 50 mg (DTG)	Abacavir 600 mg (ABC)/ Lamivudina 300 mg (3TC) + Dolutegravir 50 mg (DTG)	
	Tenofovir 300 mg (TDF)/ Emtricitabina 200 mg (FTC)+ Dolutegravir 50 mg (DTG)	Abacavir 300 mg (ABC) + Lamivudina 150 mg (3TC) + Dolutegravir 50 mg (DTG)	

2.2.7. Medidas de autocuidado en el paciente con VIH (25)

- Se debe promover que el paciente asuma prácticas de cuidado como prácticas positivas en atención de su salud física, mental y espiritual. Esto incluye la dejadez del dispendio de tabaco, alcohol, drogas, obviar los deportes que estén catalogados como peligrosos o que requiera de alguna conducta de peligro que consiga dañar la salud de las PVVS o complicar su procedimiento.
- Fortalecer el conocimiento para evitar la reinfección o la instalación de otras ITS con el correcto uso del condón.
- Realizar actividades recreativas con los amigos, la familia o pareja, fortaleciendo los lazos emocionales.
- Realizar actividades laborales en forma normal. Las actividades laborales fortalecen la autoestima y el desarrollo de intereses, fomentar la independencia y la relación con otras personas.



2.2.8. Alimentación del paciente con VIH

La malnutrición es uno de los problemas habituales en los pacientes con VIH y este problema se grava a medida que la enfermedad progresa. Los mecanismos principales que explican este fenómeno son:

- Desnutrición energético-proteica, debido a falta de apetito causada por la depresión, efectos secundarios de los medicamentos, variaciones del gusto y olfato por afectaciones al sistema nervioso central. O mala absorción de nutrientes en presencia de tuberculosis o salmonelosis. (24)
- Síndrome de desgaste físico, caracterizada por un detrimento de peso involuntario. (24)

Por lo que es recomendable que la dieta de las personas infectadas tenga un buen aporte de:

- Vitamina A: mantequilla, leche, huevos, carne (hígado), y en vegetales como el tomate, espinaca y en diversidades amarillas de hortalizas amarillas y boniato como la calabaza, el maíz amarillo, la zanahoria, y frutas como papayas y mango.
- Tiamina (vitamina B1). Presente en semillas y granos de cereales, las hortalizas verdes, la carne, el pescado, las frutas y la leche.
- Riboflavina (vitamina B2). Sus principales fuentes son la leche y productos no grasos, la carne (sobre todo el hígado), las hortalizas verdes, los huevos y el pescado.
- Niacina (vitamina B3). Presente en la carne, maní y el salvado de cereal.



- Piridoxina (vitamina B6). Fuentes alimentarias: el hígado de res, el pollo, en algunos pescados (salmón, sardina, tuna), en el maní y las nueces.
- Ácido fólico (folatos). Necesario para la normal división celular. Se encuentra en las hojas verde oscuro (espinaca, espárragos), en el hígado y riñón. Tener en cuenta que el ácido fólico de los alimentos se destruye con habilidad en la cocción.
- Vitamina C. el paciente con VIH debe consumir una buena cantidad de alimentos como vegetales y frutas, las frutas cítricas, vegetales verdes como brócoli y otras frutas como la fresa, el mango y la guayaba, para favorecer la absorción del hierro. Favorece la recuperación de la inmunidad.
- La alimentación debe ser variada y rica en todas estas vitaminas además de la Cianocobalamina y Vitamina E.
- Es necesario además una ingesta adecuada de hierro, zinc, selenio y calcio; como fuentes naturales tenemos: carne (especialmente hígado), pescado, huevo, legumbres, granos de cereales, hortalizas de hoja verde, como el arroz, maíz y trigo, zanahoria, cebolla, ajo, queso, yogurt, leche y sardinas.

Características de la alimentación saludable dirigida a las personas con VIH

(24)

- Accesible, física y económicamente: alimentos en el mercado y con costos accesibles para el paciente.
- Sabrosa: agradable al paladar y del gusto de la persona.
- Varios colores: debe incluir varios de los alimentos sugeridos.
- Balanceada: ponderación en porción y calidad de los alimentos.
- Segura: evitando la contaminación con bacterias o elementos ambientales dañinos.



- Variada: incluyendo los 7 grupos alimentarios, evitando el rechazo por la monotonía y repetición del alimento.

Existe una variedad de alimentos que pueden ayudar a reducir los síntomas del paciente, por ello es importante que se conozca el uso y beneficio de ellos para optimizar la calidad de vida del paciente.

2.2.9. Monitoreo del paciente con VIH en TARV(23)

- El paciente debe ser evaluado en forma trimestral durante el primer año y semestralmente desde el segundo año.
- Recuento de linfocitos CD4, para clasificar el estadio de la infección
- Monitoreo de la carga viral, cada 6 meses el primer año y luego en forma anual.

2.2.10. Definición y componentes de la adherencia terapéutica

Cuando comenzó la década de los 2000, la OMS definió la adherencia como el nivel en que la conducta de la persona (paciente) al tomar la medicación, la dieta o las variaciones en la forma de llevar la vida es consistente con las recomendaciones establecidas por parte de los profesionales dedicados a la salud. (17).

Pero la adherencia engloba una noción más amplia, ya que abarca que el paciente sea un sujeto activo en el asunto de la gestión de su enfermedad. Es necesario comprender la enfermedad, el tratamiento y los objetivos intermedios y a largo plazo. También se ha identificado que es clave la relación que mantiene con el personal de salud que conforma el grupo de atención de salud.

Una aproximación más actualizada de definición de adherencia es la propuesta por Gesida que indica que "es la capacidad del usuario para colaborar discretamente en la selección, el inicio y la supervisión de toda la farmacoterapia



prescrita, permitiéndole lograr, en la medida de lo viable, los fines farmacoterapéuticos diseñados en cada instante, en función de su contexto clínico y sus expectativas de salud".(16)

Factores que influyen en la adherencia(16)

Se considera a grupos que están relacionados principalmente con el usuario, seguido con la terapia y por ultimo a un grupo o equipo dedicado a la asistencialidad.

- Factores relacionados con el individuo: Separación de soporte social o especialmente de la familia, los niveles tanto socioeconómicos como los relacionados con la educación, empleo de drogas, alcoholismo, característica de vida concerniente a la salud, conocimientos en relación de la enfermedad, edad, sexo, raza, idioma.
- Factores afines con el tratamiento: Numero de medicamentos, periodicidad, duración, restricciones alimentarias, reacciones adversas, alteración del estilo de vida.
- Factores relacionados con el personal sanitario: Interés, satisfacción profesional, estilos de comunicación, actitud, sociabilidad para disipar dudas, ofuscaciones, disponibilidad de recursos.

Adherencia al TARV

Para beneficiar la adherencia se recomienda adecuar el esquema a la rutina del paciente, brindar educación y consejería para el tratamiento, asemejar los elementos de peligro para una mala adherencia, promover el uso de herramientas que favorezcan a la búsqueda y monitoreo del paciente, visitas domiciliarias, educadores pares y búsqueda de pacientes que no acuden al tratamiento.



Métodos para valorar la adherencia(14)

Métodos directos

- Reuniones plasmáticas de fármacos antirretrovirales
- Evolución clínica

Métodos indirectos:

- Evaluación del profesional de salud.
- Sistemas de control electrónico, que controlan y reportan la apertura del envase de medicamentos
- Balance de medicación sobrante
- Registros de dispensación como tarjetas de control de administración del tratamiento.
- Cuestionarios sobre adherencia respondidos por el paciente

Se recomienda utilizar una combinación de métodos para evaluar la adherencia y evitar valores sobreestimados.

Estrategias para mejorar la adherencia a la farmacoterapia.

Papel del médico especialista.

Antes de empezar el tratamiento es sustancial apreciar de forma particular el inicio del TARV y los fármacos que forman parte del régimen originaria, apreciando preeminencias e inconvenientes, considerando la comorbilidad del paciente, uso de drogas recreativas, aquí es fundamental la actitud y buena disposición del paciente para el inicio de la terapia.

La sobrevida

de la población con infección con VIH, ha subsidiario la aparición de comorbilidades no conexas concretamente con la infección VIH, como son



riesgos cardiovasculares, diabetes, osteoporosis o problemas psiquiátricos, insuficiencia renal.(14)

Papel del Químico farmacéutico

La atención en la dispensación es fundamental para monitorear la adherencia y una buena oportunidad para brindar educación y motivación para el cumplimiento del tratamiento. Además de la función de gestionar el abastecimiento adecuado, conservación y reposición de medicamentos en la cantidad y variedad suficiente a fin de cubrir los requerimientos de tratamiento de acuerdo con normatividad vigente.

Papel del profesional de enfermería

La atención de enfermería es el espacio más adecuado para crear lazos, permitiéndonos conocer la apertura y disposición del paciente a fin de desempeñar con el tratamiento y recursos para encontrarse los orígenes, elementos o barreras que consigan facilitar o dificultar la adherencia y observancia terapéutica, optimizando, por ende, la actividad del mismo.(15)

Papel del psicólogo y/o psiquiatra

En algunas ocasiones, los problemas en la adherencia logran atribuirse a inconvenientes relacionados con la ansiedad, depresión, consumo de sustancias, estigma entre otros. El psicólogo consigue favorecer que el sujeto ejecute un proceso de ajuste a la enfermedad, ayudando con el ajuste al diagnóstico, previniendo el estrés, depresión o ansiedad que pueden influir en el cumplimiento de la terapia.

El psiquiatra será fundamental cuando haya alguna patología psiquiátrica asociada. Los pacientes psiquiátricos inestables no pueden alcanzar ni mantener la adherencia.



2.2.11. Consideraciones para la carga viral

La carga viral está asociada con la pérdida de células CD4. Aunque por sí solo no es un marcador para iniciar el TAR, en caso de una carga viral $>100\ 000$ copias/ml (puede llegar hasta 1 millón de copias), la probabilidad de una disminución rápida del recuento de células CD4 es muy alta. Por lo tanto, se recomienda considerar el inicio del TARV con un recuento de células CD4 de $350/\text{mm}^3$ si la carga viral es superior a $100\ 000$ copias/ml. Si bien las pruebas de carga viral son más costosas y pueden ser menos accesibles, es importante tener una carga viral de referencia si es posible, ya que este valor es relevante para monitorear el TAR. La ausencia de datos de carga viral no debe ser un criterio para retrasar el inicio del tratamiento, ni utilizarse como motivo de exclusión del tratamiento (25).

2.2.12. Adherencia y desaceleración del desarrollo de cepas del virus resistentes a ART

Un desafío clave para el TAR reside en la capacidad del individuo para llevar correctamente y responsablemente la terapia a largo plazo. La adherencia al TAR se ha definido como "la capacidad que tiene la persona que día a día convive con el VIH/SIDA de participar en la elección, el inicio, el manejo y el mantenimiento de un régimen de medicamentos combinados terapéuticos para controlar la replicación viral (VIH) y mejorar la función inmunológica" (26)

Fracaso adherirse a los protocolos de tratamiento adecuados da como resultado el fracaso del tratamiento individual (incapacidad para mantener baja la carga viral de ARN e incapacidad para aumentar los niveles de CD4+ y el posterior deterioro del sistema inmunitario) y también puede conducir al desarrollo de cepas resistentes del virus.



La resistencia al TAR se ha informado en muchos estudios recientes de pacientes VIH positivos recientemente infectados. En Europa y América del Norte, más de la mitad de todos los pacientes que reciben TAR muestran signos de resistencia a los medicamentos (27). Este hallazgo puede deberse a que muchos de esos pacientes estuvieron expuestos principalmente a la monoterapia ARV para tratar el VIH, que se ha demostrado que conduce a un desarrollo de resistencia más rápido que el uso de medicamentos combinados, antes de que la terapia TAR combinada fuera ampliamente conocida y disponible.

Algunos han argumentado que en los países que se encuentran en desarrollo, se conoce que la gran mayoría no ha podido recibir un tratamiento previo, la probabilidad de que surja una resistencia generalizada es considerablemente menor. Otros argumentan que la resistencia viene siendo un problema serio e importante en todos los países ya sean estos catalogados como desarrollados o que son menos desarrollados. Informes recientes de China, que recientemente comenzó a implementar TAR, indican que los pacientes con VIH/SIDA que reciben medicamentos ARV gratuitos ya han comenzado a desarrollar resistencia. Además, informes recientes indican resistencia entre personas VIH positivas sin tratamiento previo en -países de ingresos bajos, y existen otros informes de resistencia en entornos de recursos limitados en Uganda (principalmente causada por la falta de adherencia debido al alto costo del TAR) (28)

Independientemente de la medida en que la resistencia o la razón de su desarrollo puedan diferir entre los dos entornos, claramente, una mejor



adherencia reduce la oportunidad de desarrollar resistencia mientras mantiene al paciente en una salud más estable.

2.2.13. Implementación de intervenciones multifacéticas para mejorar la adherencia al TAR

La consideración de la literatura proporciona evidencia de que las mediaciones que actualmente se planifican o utilizan para mejorar la adherencia se dirigen principalmente al paciente, mientras que algunas se dirigen a proveedores, cuidadores u otros miembros de la familia. Ejemplos de dichas intervenciones incluyen alimentos y/o apoyo para viajes, ayudas para la adherencia, manejo de casos de VIH/SIDA, llamadas telefónicas, incentivos monetarios, visitas de divulgación, MDOT o sesiones educativas organizadas.

Existen otros enfoques innovadores y deben considerarse dentro de cada contexto local dado: un ejemplo ya mencionado es el uso del teatro participativo para aumentar la adherencia y mejorar el apoyo social. En algunos lugares de los Estados Unidos, la provisión de TAR y la promoción de la adherencia se han vuelto un "negocio lucrativo": se brindan incentivos como teléfonos celulares, máquinas de fax gratuitas y buscapersonas a los clientes que eligen comprar sus medicamentos en una farmacia determinada.

Los hallazgos de la revisión de la literatura corroboran la naturaleza multifacética de las intervenciones óptimas: por lo que los casos en su mayoría por las intervenciones, de hecho, una combinación de intervenciones. Los resultados de la encuesta, aunque no muestran el impacto de la intervención, indican que los programas, en su mayor parte, han seleccionado enfoques multifacéticos para abordar el problema de la adherencia al tratamiento ART (29)



2.2.14. Factores que impiden la adherencia al TAR en contextos de países en desarrollo y desarrollados

Además del precio y la disponibilidad, existen varios otros factores que pueden impedir el logro de niveles óptimos de adherencia. Se ha realizado una cantidad considerable de investigación sobre esos factores en todos los países ya sea que estén en un nivel mejor como los desarrollados o aquellos que estén en desarrollo, categorizados de la siguiente manera.

- En primer lugar considera a los relacionados exactamente con el régimen: como la cantidad de píldoras o los efectos secundarios de los medicamentos
- Segundo los factores directamente vinculados con el paciente: como el propio sistema de creencias del paciente, problemas psicológicos y sociales, o la relación médico-paciente (30)

2.2.15. Objetivos de la terapia antirretroviral:

- Para inhibir la replicación viral y mantener la carga viral en el nivel más bajo posible en la sangre.
- Para restaurar la función inmunológica e intentar reducir los posibles riesgos relacionados con las infecciones oportunistas (IO).
- Manejar y tener una buena calidad de vida y supervivencia a medida que transcurren los días donde se convive con el VIH/SIDA (PVVS) (31)

2.2.16. Principios de la terapia antirretroviral:

- ART es una parte de un paquete integral de atención médica y funciona como un servicio con el fin de apoyar psicosocialmente a las personas que día a día conviven con el VIH/SIDA.



- El TAR se brinda principalmente en forma ambulatoria y se brinda solo cuando los pacientes son elegibles considerando los comentarios clínicos y/o inmunológicos y están listos para cumplir con el tratamiento.
- Cualquier régimen de TAR debe incluir al menos 3 medicamentos. La terapia antirretroviral es de por vida y los pacientes deben adherirse completamente a la terapia para garantizar la validez del tratamiento y prevenir la aparición de severidad a los medicamentos.
- Las personas con algún grado de infección por el VIH que están dispuestas a empezar el TARV deben seguir aplicando medidas con el propósito de que las personas no tengan el virus, es decir evitar el contagio.
- Las personas con algún grado de infección por el VIH que inician TAR deben recibir profilaxis de infecciones oportunistas hasta que su sistema inmunitario se haya reconstituido (31).

2.2.17. Educacion y consejería antes de ART

Proporcionar asesoramiento a los padres/cuidadores y a los niños (si son lo suficientemente mayores) sobre "Comprensión de la terapia antirretroviral", que incluye:

- Curso de infección por VIH, ARV y beneficios del tratamiento
- Importancia de la adherencia al tratamiento y medidas para fortalecer la adherencia
- Régimen de tratamiento, cómo dividir o medir los medicamentos, cómo almacenar los medicamentos - Cómo controlar los vómitos después de tomar medicamentos, los efectos secundarios de los medicamentos y su manejo
- Plan de atención y seguimiento en el centro de tratamiento o en el domicilio (31).



2.2.18. Investigación sobre la mala adherencia al régimen HAART -

La pregunta de investigación para el presente estudio fue: "¿Cuáles son los principales factores que contribuyen a la mala adherencia a la TARGA entre los pacientes adolescentes de 13 a 20 años de edad?" Los factores identificados se utilizarán en las recomendaciones destinadas a mejorar los niveles de adherencia a la TARGA en los adolescentes para mejorar la eficacia del programa ARV.

Se han publicado numerosos informes de investigación sobre la adherencia a HAART entre adultos y niños en muchos países. Sin embargo, se ha publicado información limitada sobre la adherencia a HAART entre pacientes adolescentes. Los resultados del estudio actual podrían agregarse al cuerpo de conocimiento existente sobre la adherencia de los adolescentes al TAR en el África subsahariana en general, y en particular en Botswana. Los formuladores de políticas podrían considerar la importancia de los resultados del presente estudio para mejorar la adherencia de los adolescentes al TAR en Botswana. Los proveedores de atención médica que trabajan en establecimientos que brindan TAR podrían utilizar todos los resultados de la indagación con el propósito de mejorar las características pretratamiento y el asesoramiento continuo sobre la adherencia entre los adolescentes.

Mejorar la adherencia a HAART contribuiría significativamente a una reducción en la transmisión de la infección por VIH horizontalmente entre los jóvenes y verticalmente de madre a hijo.

Se ha observado una reducción significativa en la prevalencia entre las personas consideradas como jóvenes que se encuentran entre los años de 15 hasta los 24 años de Botswana y, debido a que el grupo en cuestión se usa normalmente



como indicador de nuevas infecciones, se cree que, al reforzar la fuerza del asesoramiento sobre la adherencia, el nivel de la adherencia entre los adolescentes debe mejorarse. Tal intervención influiría considerablemente en el descenso de la cantidad de nuevas infecciones vinculadas al VIH. En 2009, la prevalencia del VIH en el grupo de edad de personas consideradas como parte de los más jóvenes esta entre los 15 a los 19 años y de 20 a 24 años fue del 13,2 % y 24,1 %, respectivamente, en comparación con el 24,7 % y el 38,7 % de prevalencia en los mismos grupos de edad, respectivamente, en 2001 (32).

2.2.19. Revisión de la literatura sobre los factores que afectan la adherencia

Las revisiones sobre los factores que afectan la adherencia al tratamiento antirretroviral se estructuran en las categorías Factores individuales, Factores del régimen, Factores socioculturales y Factores de la relación proveedor de salud y paciente-médico. Por lo tanto, la revisión de la literatura en este estudio se organizará de acuerdo con estas categorías.

- **Factores individuales**

Las creencias y comportamientos de los pacientes juegan un papel necesario e importante en la adherencia. Las indagaciones han demostrado que las personas viven en base a creencias con relación a la enfermedad y la eficacia del régimen de tratamiento afecta la adherencia (33). Muchas personas en su día a día conviven con el VIH/SIDA han desarrollado la fe en la eficacia del tratamiento antirretroviral. El conocimiento y la información del paciente contribuyen a la adherencia; los estudios disponibles sugieren que una buena comprensión del VIH/SIDA y la conciencia de las consecuencias de la falta de adherencia están asociadas con una buena adherencia (34). En consecuencia, la información



errónea y los conceptos erróneos sobre el tratamiento pueden comprometer la capacidad de las personas para cumplir. Abundan los casos de falta de información precisa, lo que lleva a que algunos pacientes con VIH/SIDA compartan medicamentos y no tomen su dosis correctamente.

- **Factores del régimen**

Los factores del régimen que afectan la falta de adherencia se pueden subdividir en carga de píldoras y complejidad de los medicamentos. Además de la cantidad de píldoras, se espera que los usuarios de tratamientos antirretrovirales tomen sus dosis a los mismos intervalos regulares de por vida y sigan los requisitos dietéticos. Las personas en su día a día conviven con el VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral tienen problemas para cumplir con su programa de tratamiento. Esto se aplica a pacientes en Nigeria según lo informado por (35). Se evidencia efectos particulares en la medicación antirretroviral fueron mencionados por los pacientes como un factor que contribuye a la falta de adherencia al tratamiento. Se conoce que el tratamiento antirretroviral causa algunos efectos secundarios en algunos pacientes. Algunos de estos efectos secundarios informados incluyen vómitos, náuseas, anemia, hepatitis, erupciones cutáneas, mareos y alucinaciones (36)

- **Factores socioculturales**

Un factor sociocultural importante que afecta la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral es la revelación del estado serológico y el estigma. Los pacientes y los profesionales de la salud mencionaron que el estigma y la discriminación relacionados con la infección por el VIH aún estaban presentes en sus comunidades y familias, a pesar de la ventaja positiva del tratamiento antirretroviral. Este también es un factor común e importante para la falta de



adherencia entre adultos jóvenes de 15 a 18 años en Nigeria, como lo revela el estudio de (37). La divulgación de su condición de infectado por el VIH y que tomaba tratamiento antirretroviral se vinculó con el estigma para muchos pacientes y la mayoría de ellos dijeron que no revelaban su condición por temor a ser victimizados, rechazados o acusados de infidelidad. Debido a la naturaleza traumática de tales experiencias, algunos pacientes terminaron escondiendo sus dosis y no adhiriéndose a su medicación (38) (35).

- **Factores relacionados con el proveedor de atención médica**

En relación con los factores relacionados con los servicios de salud que surgen la no adherencia, existe una preocupación creciente con los servicios e instalaciones de salud en el África subsahariana porque plantea un grave obstáculo para la adherencia. Para empezar, faltan instalaciones o servicios de salud adecuados en el África subsahariana y, cuando están disponibles, no están bien equipados y carecen de buenas infraestructuras. Algunos de estos establecimientos de salud están ubicados lejos de los pacientes y, en ocasiones, algunos de los pacientes no tienen la tarifa para viajar largas distancias a la clínica para recibir su tratamiento antirretroviral, por lo que terminan perdiendo su dosis, lo que afecta su adherencia (35). En segundo lugar, no hay suficiente espacio en los establecimientos de salud que permitan la confidencialidad. Un ejemplo de esto fue una situación en la que tres médicos compartieron una sala de consulta y consultaron con tres pacientes diferentes al mismo tiempo. Esta práctica puede hacer que algunos pacientes no asistan a las consultas o se comuniquen abiertamente y, por lo tanto, afecten su adherencia (39)



2.3. MARCO CONCEPTUAL

- ❖ Tratamiento Antirretroviral (TARV).- Terapia antirretroviral con la composición de 2 o más antirretrovirales, que consiente la depreciación de la carga viral, conduciendo a la recuperación de la capacidad inmune.(23)
- ❖ Abandono al TARV. – la persona (paciente) muestra desinterés por lo que no está dispuesto a seguir el tratamiento por más de 30 días sucesivos (23)
- ❖ Adherencia al tratamiento.- Las personas estas dispuestas a tener buenas prácticas en beneficio suyo por lo que tienen un comportamiento adecuado en los alimentos que consumen y siempre están enfocados a seguir una correcta calidad de vida, además ello va de la mano con los profesionales especialistas en este tema.(23)
- ❖ Agente de soporte personal. – integrante del entorno personal del paciente que le brinda acompañamiento y soporte emocional.
- ❖ Carga Viral. - recuento de copias del virus transitando en plasma sanguíneo por mililitro.
- ❖ Dispensación. - acto profesional de suministrar 1 o más productos farmacéuticos a un paciente.
- ❖ Falla virológica. - incapacidad de mantener la supresión de la multiplicación del virus VIH. (21)
- ❖ Reacción adversa a medicamentos. - cualquier renuencia perjudicial y no intencional que surge con el consumo de un medicamento.
- ❖ Depresión.- Se considera como un trastorno mental común diferenciado por tristeza, por trastornos relacionados al sueño o al apetito, por la pérdida de interés o de algún grado de placer, otro puede ser por la culpa o carencia de algún grado de autoestima, cansancio e insuficiente capacidad de concentración. (19).



CAPITULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio presenta una investigación cuantitativa, como indica Fernández Bringas Teresa, establecer las relaciones entre las variables, obtención de datos son numéricos, cuantificados y analizados estadísticamente.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de este estudio es no-experimental, ya que se recolectan y analizan las variables sin influir en ellas.

3.3. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

En este estudio se trabaja con un tipo observacional descriptivo-correlacional ya que describe dos variables y su relación entre ellas, también es analítica ya que sitúa a prueba una hipótesis y busca identificar cuáles son los elementos coligados con mayor influencia en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche es 935 personas.

Muestra: Se considera a una muestra de tipo no probabilística siendo esta intencional, conformada por un total de 200 personas (pacientes) siempre y cuando estén cumpliendo los criterios de selección.



Criterios de selección:

a) Criterios de Inclusión

- Personas (paciente) que presentan un diagnóstico terminante por la infección por HIV
- Personas que se encuentren en la edad de 18 a más años
- No existe preferencia por algún sexo (ambos sexos)
- Participación de forma voluntaria en la investigación

b) Criterios de Exclusión

- Personas (pacientes) que no concurra hacia el tratamiento en un espacio elevado a cuatro semanas.
- Personas (pacientes) con detrimento cognoscitivo.
- Personas (pacientes) anticipadamente diagnosticado con algún grado de trastorno depresivo (ello con un previo diagnóstico definitivo de VIH)

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

- Ficha de recolección de datos.
- Encuesta de adherencia al tratamiento de Morisky Green.
- Escala de depresión de Zung. Comprende un rango que permite calificar desde 20 puntos hasta 80 puntos. Por consiguiente los resultados permiten indicar lo siguiente:
 - Inferior o similar a 28 puntos (separación de depresión)
 - Oscila desde 28 puntos hasta los 41 puntos (considerándose una depresión leve)
 - Oscila entre 42 puntos hasta los 53 puntos (considerándose una depresión moderada)
 - Elevado o similar a 53 (considerándose una depresión grave)



3.6. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Se hará empleo del software estadístico SPSS, concretamente del Coeficiente de Correlación r de Pearson.



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

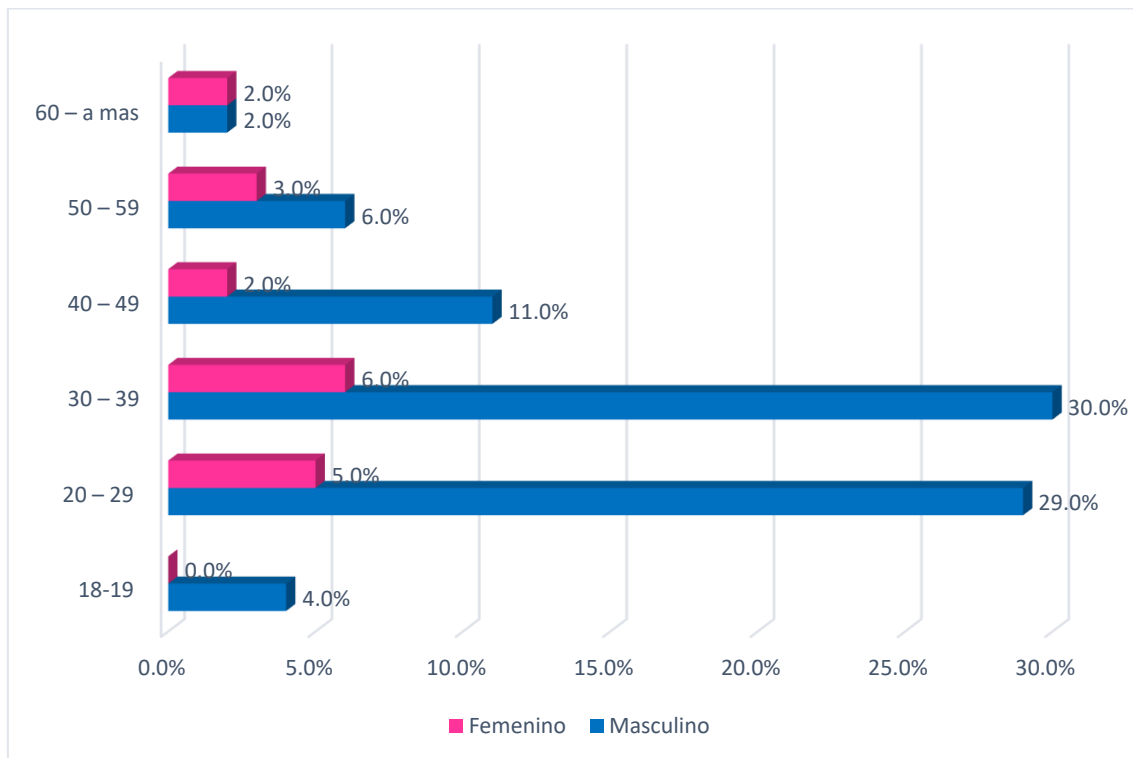
Según aplicado el cuestionario ejecutado en los pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche, dio como resultado los siguientes datos:

TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y SEXO

Grupo etario (edad)	Masculino		Femenino		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
18-19	8	4.0%	0	0.0%	8	4.0%
20 – 29	58	29.0%	10	5.0%	68	34.0%
30 – 39	60	30.0%	12	6.0%	72	36.0%
40 – 49	22	11.0%	4	2.0%	26	13.0%
50 – 59	12	6.0%	6	3.0%	18	9.0%
60 – a mas	4	2.0%	4	2.0%	8	4.0%
Total	164	82.0%	36	18.0%	200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según edad y sexo

FIGURA 1 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y SEXO



Nota: elaboración propia

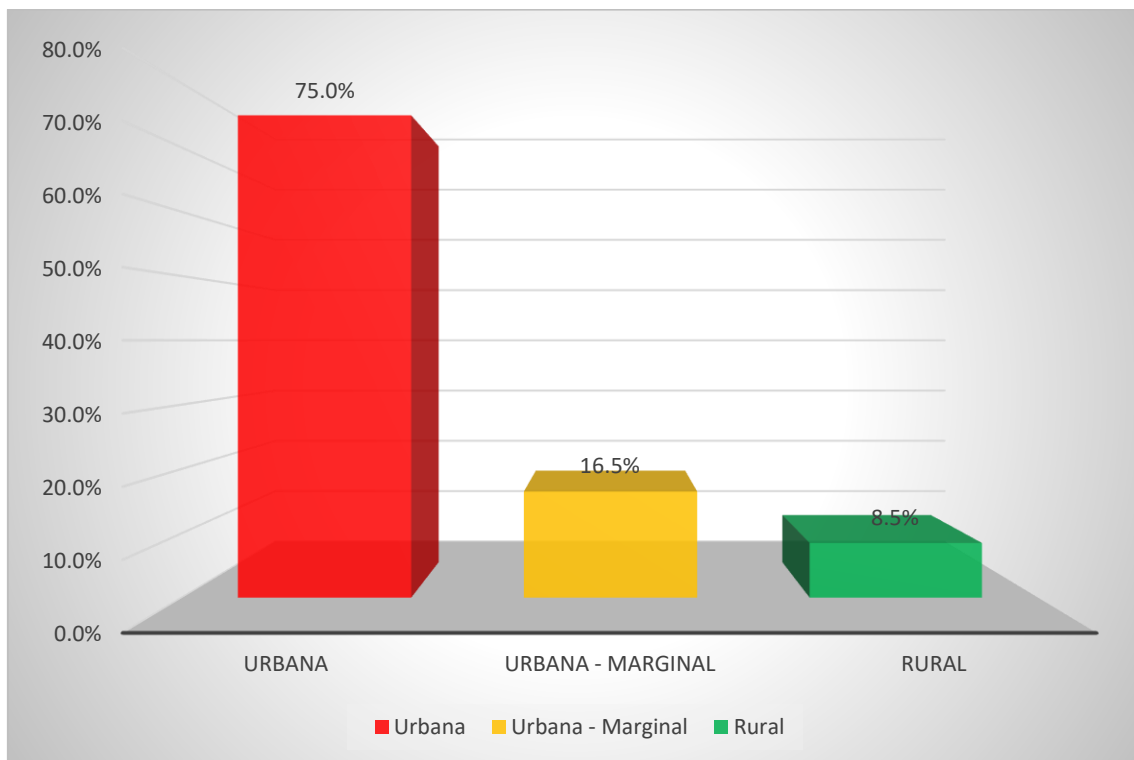
Interpretación: Según la tabla N° 4 y figura N° 1, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, en el grupo etario comprendido de 30 a 39 años está comprendida por el 36.0% que comprende un 30.0% de sexo masculino y un 6.0% de sexo femenino, seguido de un grupo de 34,0% que pertenece al grupo etario de 20 a 29 años compuesto por un 29.0% del sexo masculino y un 5.0% del sexo opuesto (femenino).

TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA

Procedencia	<i>f</i>	%
Urbana	150	75.0%
Urbana - Marginal	33	16.5%
Rural	17	8.5%
Total	200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según procedencia

FIGURA 2 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA



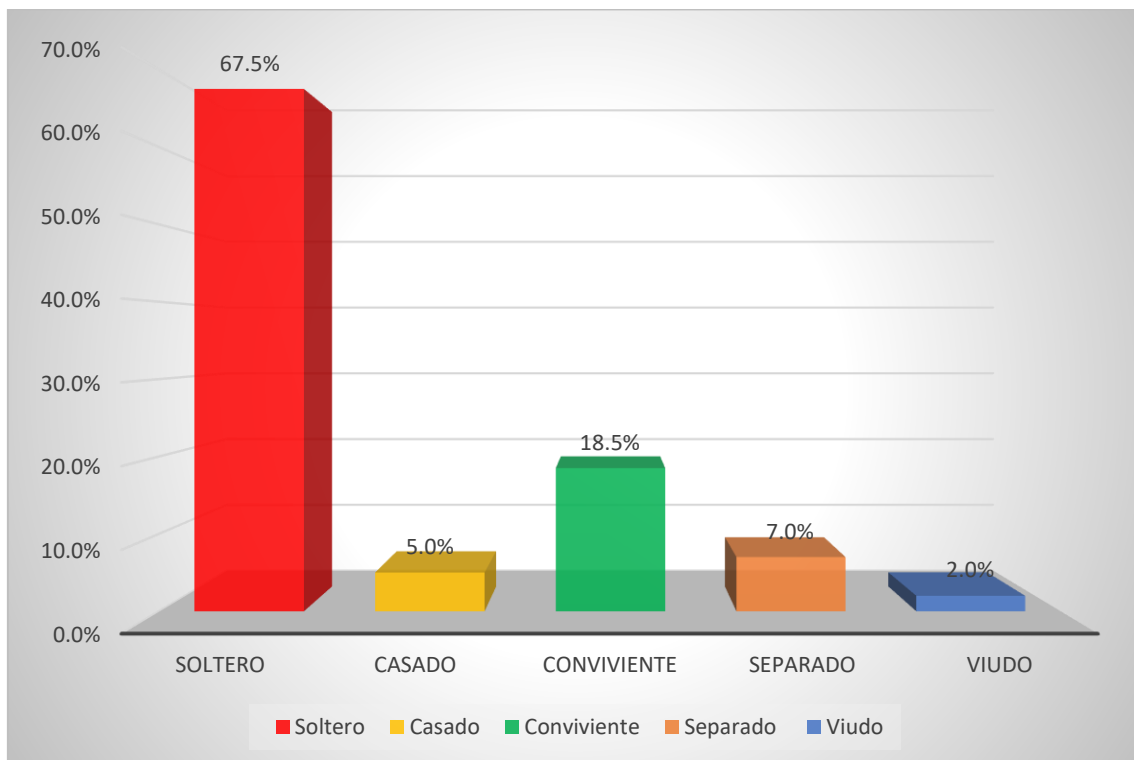
Nota: elaboración propia

Interpretación: Según la tabla N° 5 y figura N° 2, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, un 75.0% corresponde a la zona urbana, seguida de la zona urbana-marginal comprendido por el 16.5%, y de un 8.5% de la zona rural.

TABLA 4 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL

Estado civil	<i>f</i>	%
Soltero	135	67.5%
Casado	10	5.0%
Conviviente	37	18.5%
Separado	14	7.0%
Viudo	4	2.0%
Total	200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según estado civil

FIGURA 3 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL

Nota: elaboración propia

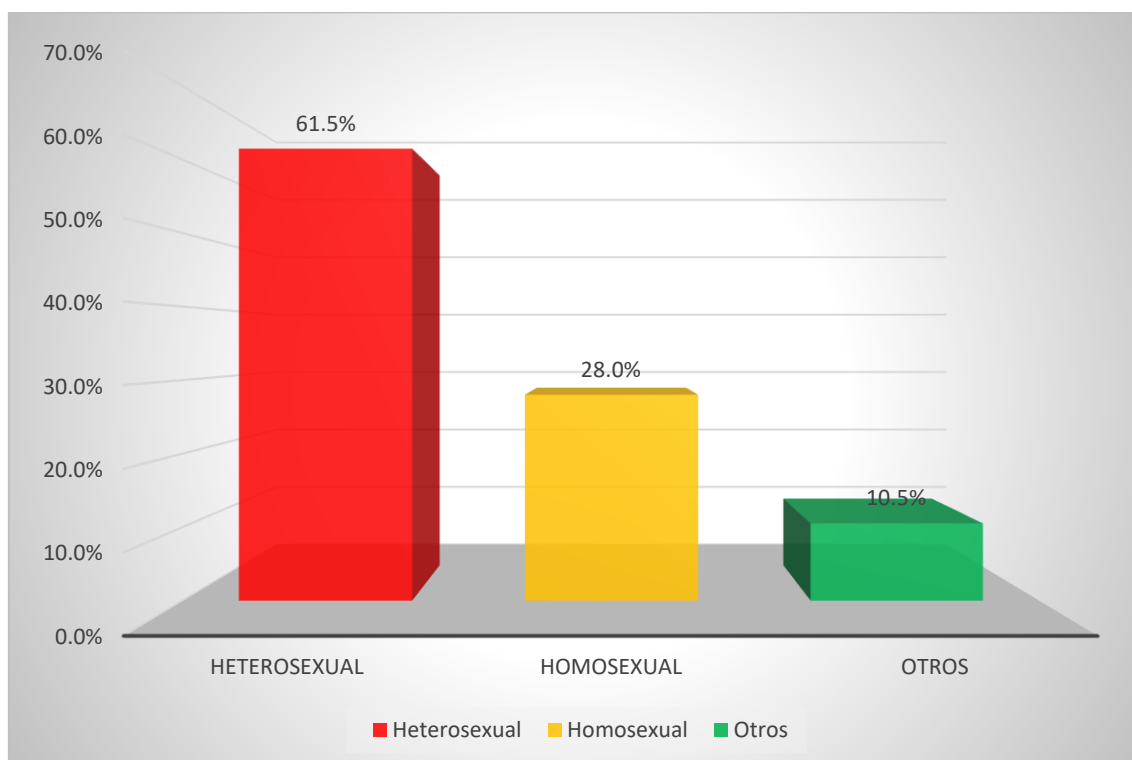
Interpretación: Según la tabla N° 6 y figura N° 3, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, de acuerdo con el estado civil un 67.5% son solteros, un 18.5% que son convivientes, seguido del 7.0% que son separados, el 5.0% son casados, y un 2.0% son viudos.

TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ORIENTACIÓN SEXUAL

Orientación sexual	<i>f</i>	%
Heterosexual	123	61.5%
Homosexual	56	28.0%
Otros	21	10.5%
Total	200	100.0%

Nota: elaboración propia

FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ORIENTACIÓN SEXUAL



Nota: elaboración propia

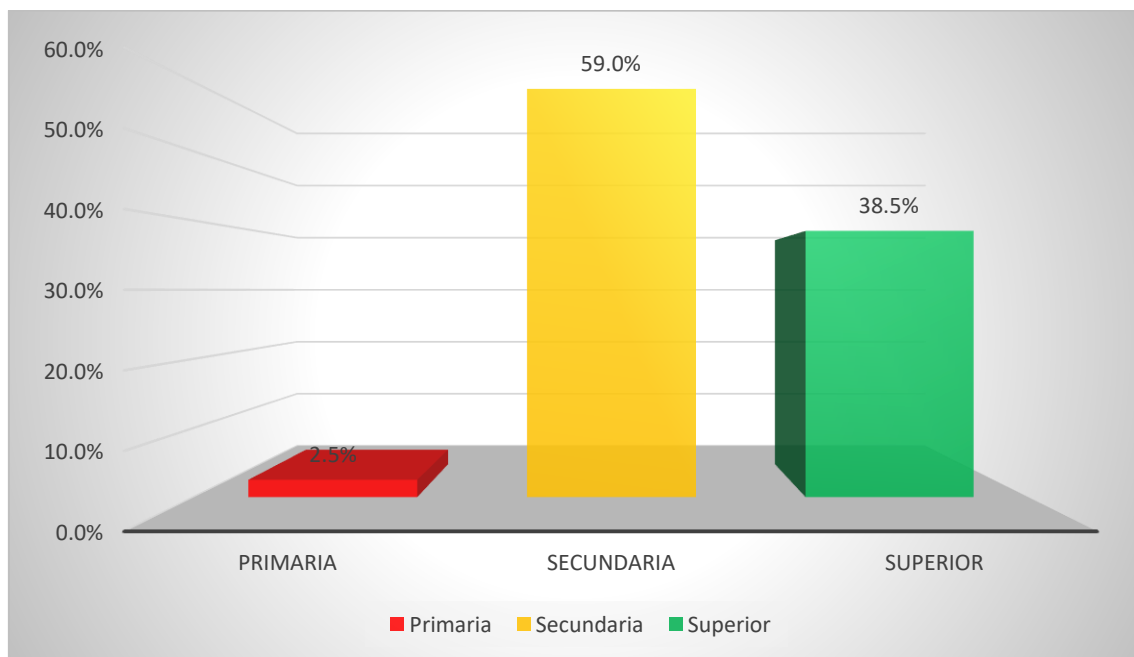
Interpretación: Según la tabla N° 7 y figura N° 4, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, según su orientación sexual el 61.5% son heterosexuales, un 28.0% son homosexuales, y el 10.5% comprendido entre otros.

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de instrucción	f	%
Primaria	5	2.5%
Secundaria	118	59.0%
Superior	77	38.5%
Total	200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según grado de instrucción

FIGURA 5 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN



Nota: elaboración propia

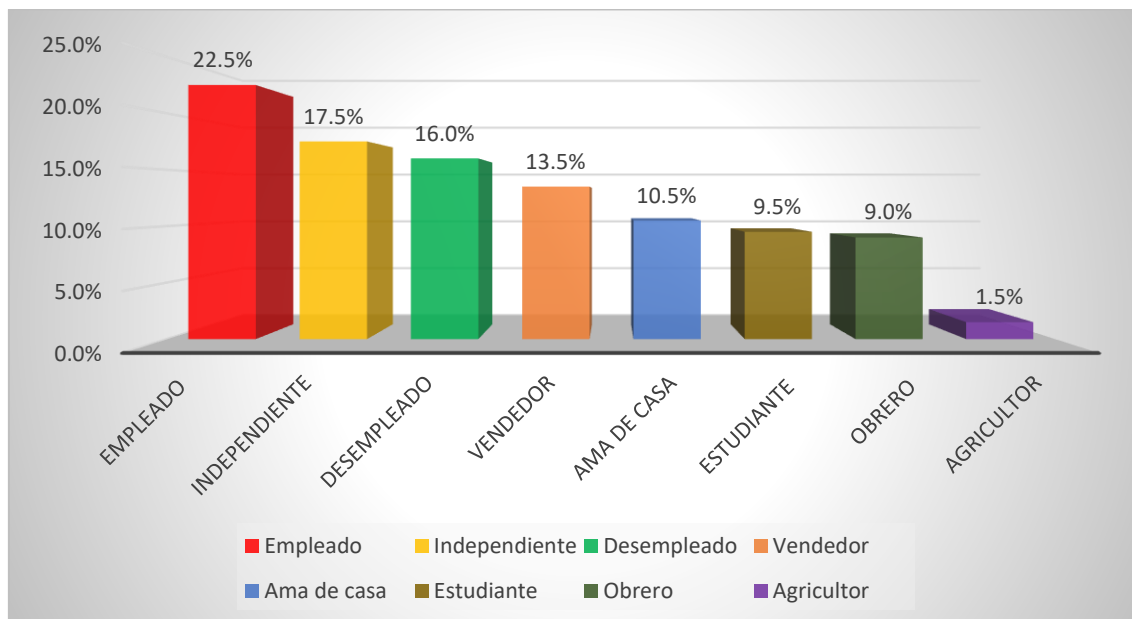
Interpretación: Según la tabla N° 8 y figura N° 5, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, según su grado de instrucción una muestra está comprendido en el nivel secundario representado por el 59.0%, seguido del 38.5% de un nivel superior, así como un 2.5% en un nivel primario.

TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN

Ocupación	f	%
Empleado	45	22.5%
Independiente	35	17.5%
Desempleado	32	16.0%
Vendedor	27	13.5%
Ama de casa	21	10.5%
Estudiante	19	9.5%
Obrero	18	9.0%
Agricultor	3	1.5%
Total	200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según ocupación

FIGURA 6 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN OCUPACIÓN



Nota: elaboración propia

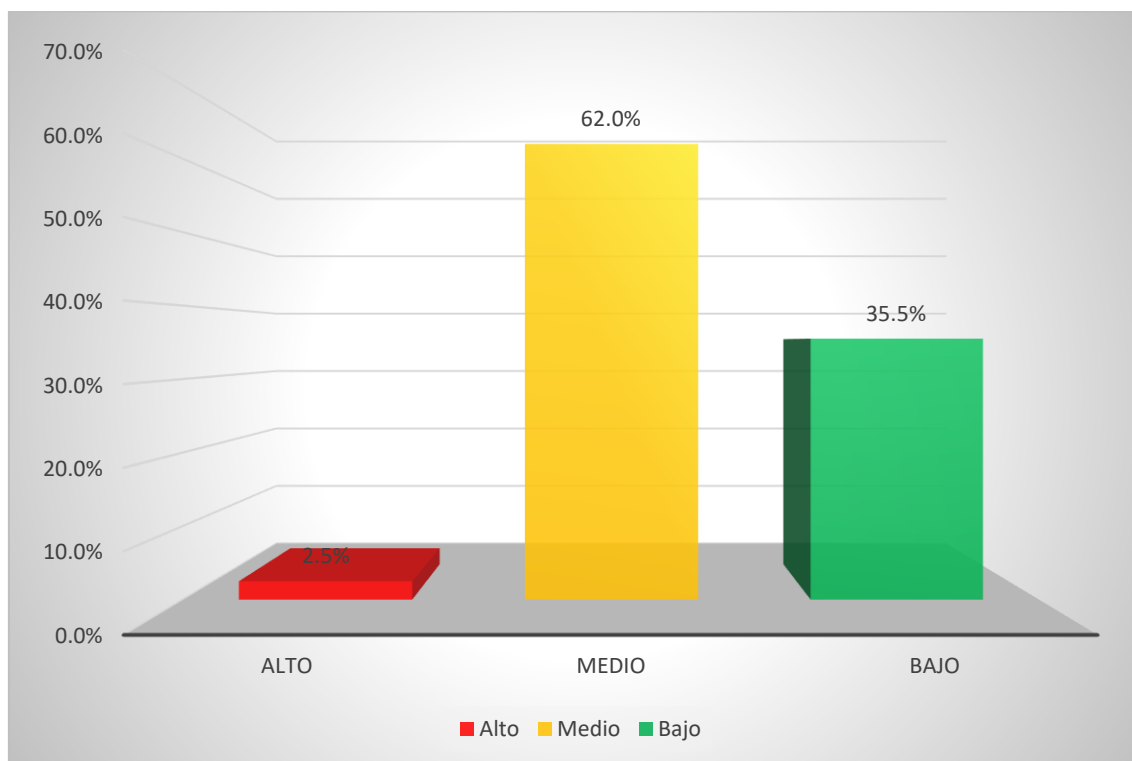
Interpretación: Según la tabla N° 9 y figura N° 6, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, según su ocupación un 22.5% son empleados, un grupo de 17.5% que son independientes, seguido de un 16.0% son desempleados, un 13.5% son vendedores, son amas de casa un 10.5%, un 9.5% estudiantes, un 9.0% obreros y un 1.5% son agricultores.

TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

Nivel socioeconómico	<i>f</i>	%
Alto	5	2.5%
Medio	124	62.0%
Bajo	71	35.5%
Total	200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según nivel socioeconómico

FIGURA 7 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO

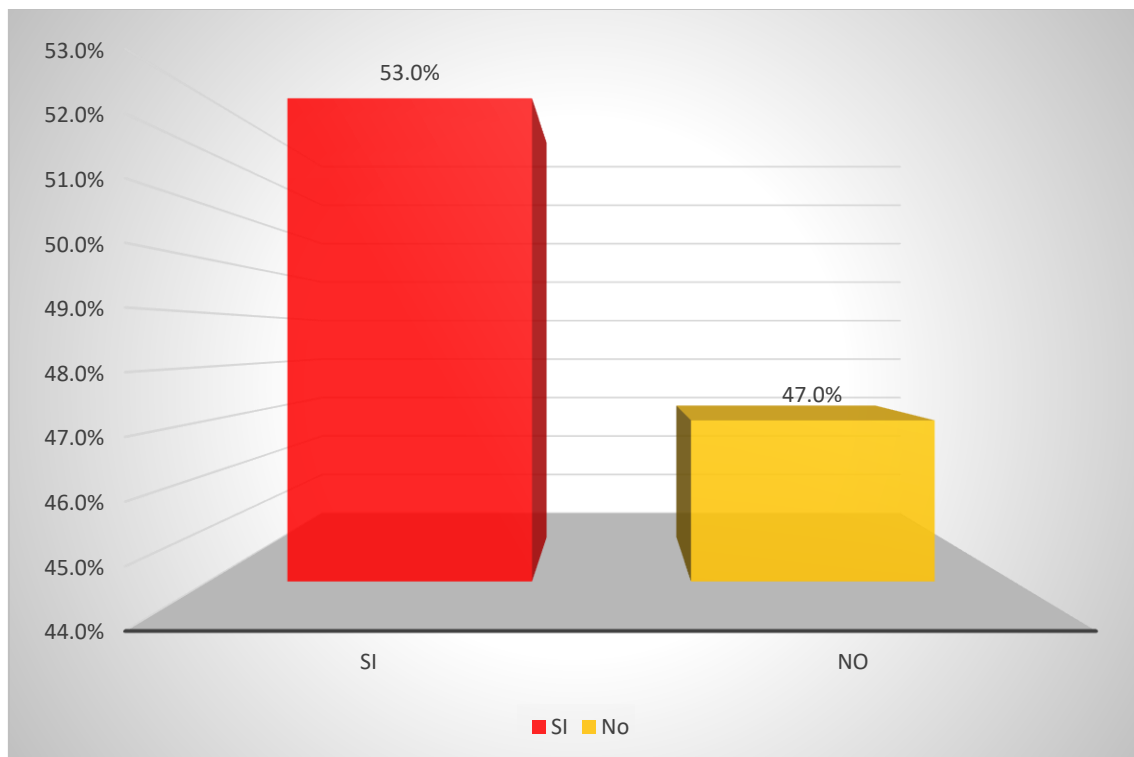


Interpretación: Según la tabla N° 10 y figura N° 7, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, según su nivel socioeconómico un 62.0% son de un nivel medio, un 35.5% de un nivel bajo, y un 2.5% son de un nivel alto.

TABLA 9 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PERTENENCIA AL SIS

SIS	f	%
SI	106	53.0%
No	94	47.0%
Total	200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según pertenencia al sis

FIGURA 8 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN PERTENENCIA AL SIS

Nota: elaboración propia

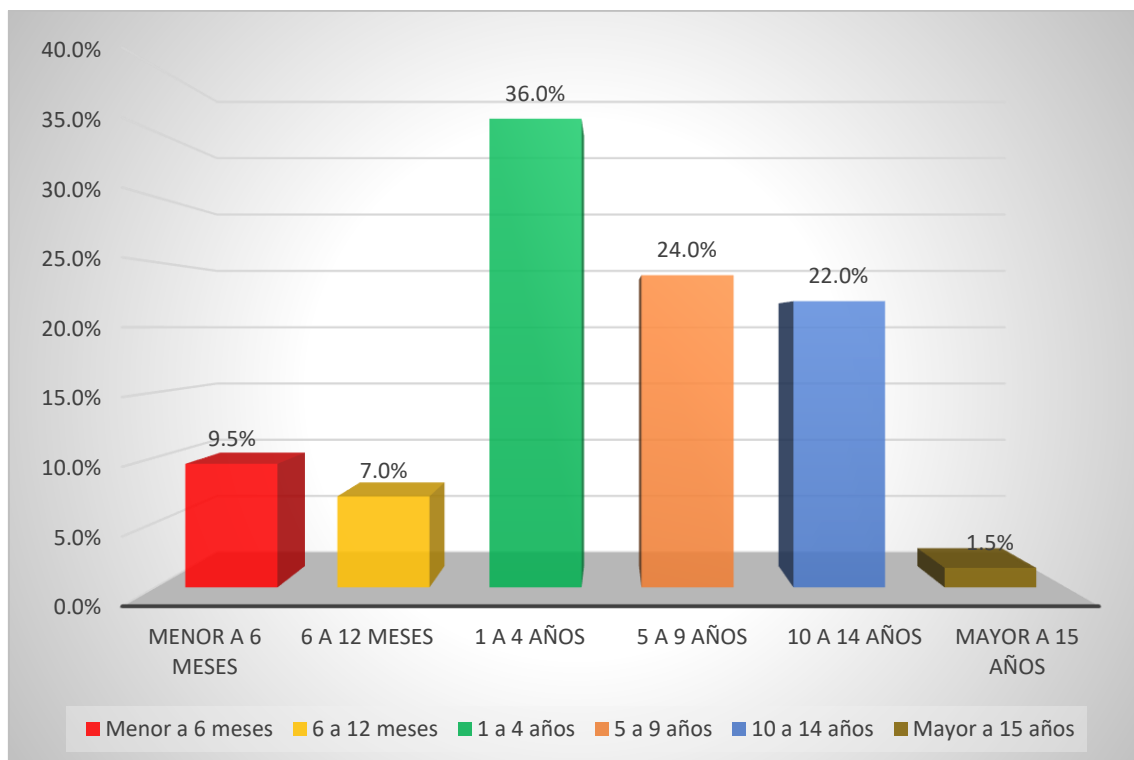
Interpretación: Según la tabla N° 11 y figura N° 8, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, un 53.0% pertenecen al SIS, así como un 47.0% que no pertenecen al SIS.

TABLA 10 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD

Tiempo de enfermedad	f	%
Menor a 6 meses	19	9.5%
6 a 12 meses	14	7.0%
1 a 4 años	72	36.0%
5 a 9 años	48	24.0%
10 a 14 años	44	22.0%
Mayor a 15 años	3	1.5%
Total	200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según tiempo de enfermedad

FIGURA 9 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD



Nota: elaboración propia

Interpretación: Según la tabla N° 12 y figura N° 9, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, según el tiempo de enfermedad un 36.0% entre 1 a 4 años, un 24.0% desde los 5 hasta los 9

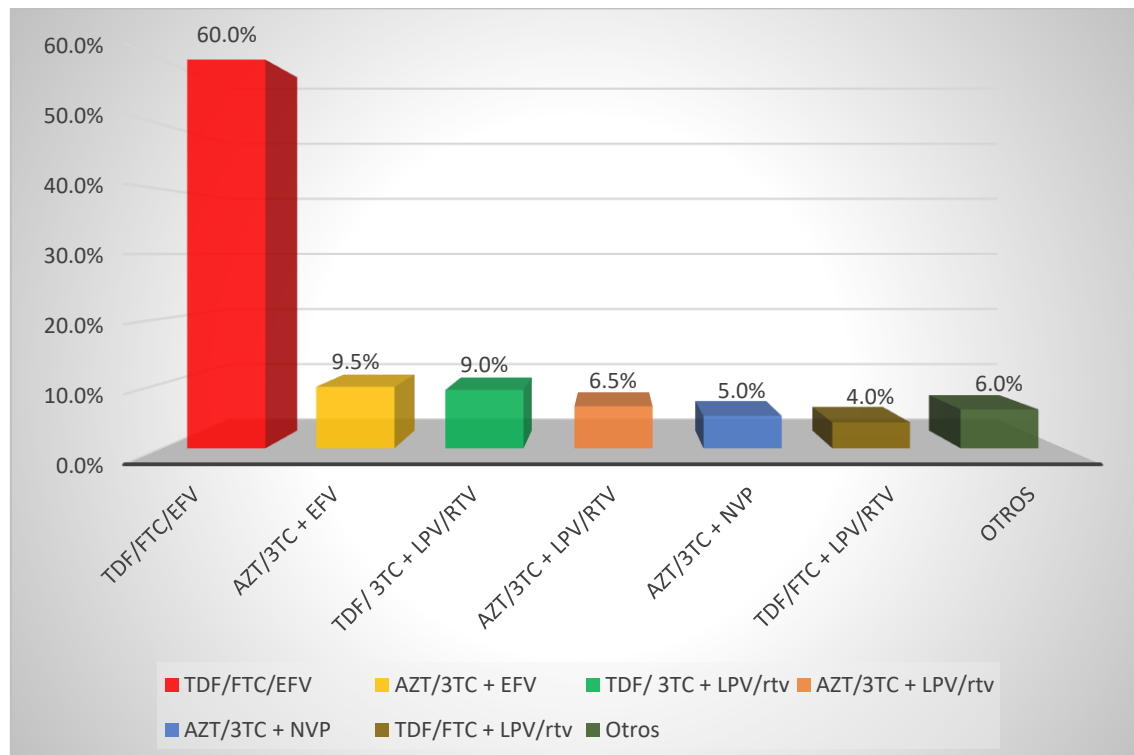
años, como también de los 10 años hasta 14 años un 22.0%, un 9.5% menor a 6 meses, un 7.0% de 6 a 12 meses, así como un 1.5% mayor a 15 años.

Tabla 11 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TRATAMIENTO RECIBIDO

Tratamiento recibido	f	%
TDF/FTC/EFV	120	60.0%
AZT/3TC + EFV	19	9.5%
TDF/ 3TC + LPV/rtv	18	9.0%
AZT/3TC + LPV/rtv	13	6.5%
AZT/3TC + NVP	10	5.0%
TDF/FTC + LPV/rtv	8	4.0%
Otros	12	6.0%
Total	200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según tratamiento recibido

FIGURA 10 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TRATAMIENTO RECIBIDO



Nota: elaboración propia

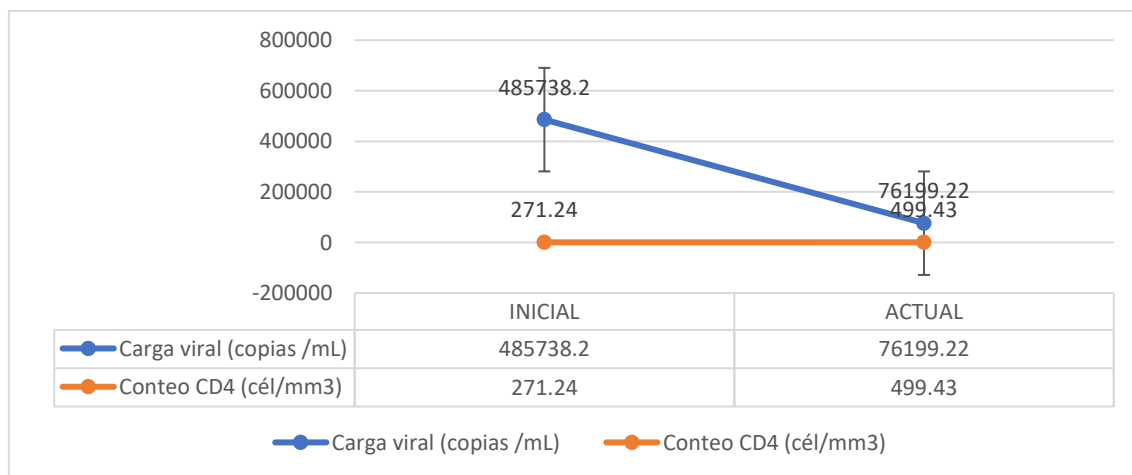
Interpretación: Según la tabla N° 13 y figura N° 10, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, según el tratamiento recibido el 60.0% recibe un tratamiento de Tenofovir, Emtricitabina y Efavirenz (TDF/FTC/EFV) considerar que este es el esquema de primera línea de acuerdo con lo indicado por el MINSA.

TABLA 1 VARIACIÓN DE LOS NIVELES DE CARGA VIRAL (COPIAS RNA/ML) Y CONTEO DE LINFOCITOS (CD4/MM³) CON EL TRATAMIENTO

Nro.	Carga viral (copias /mL)		Conteo CD4 (cél/mm ³)	
	Inicial	Actual	Inicial	Actual
N°	194	174	198	160
Promedio	485738.20	76199.22	271.24	499.43
D. estándar	1336333.42	596029.74	215.29	304.72
Mínimo	ND	ND	3.00	14.00
Máximo	> 10000000	5550800.00	1130.00	1280.00

Nota: La tabla muestra variación de los niveles de carga viral (copias rna/ml) y conteo de linfocitos (cd4/mm³) con el tratamiento

FIGURA 11 VARIACIÓN DE LOS NIVELES DE CARGA VIRAL (COPIAS RNA/ML) Y CONTEO DE LINFOCITOS (CD4/MM³) CON EL TRATAMIENTO



Nota: elaboración propia

Interpretación: Según la tabla N° 14 y figura N° 11, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, se considera los

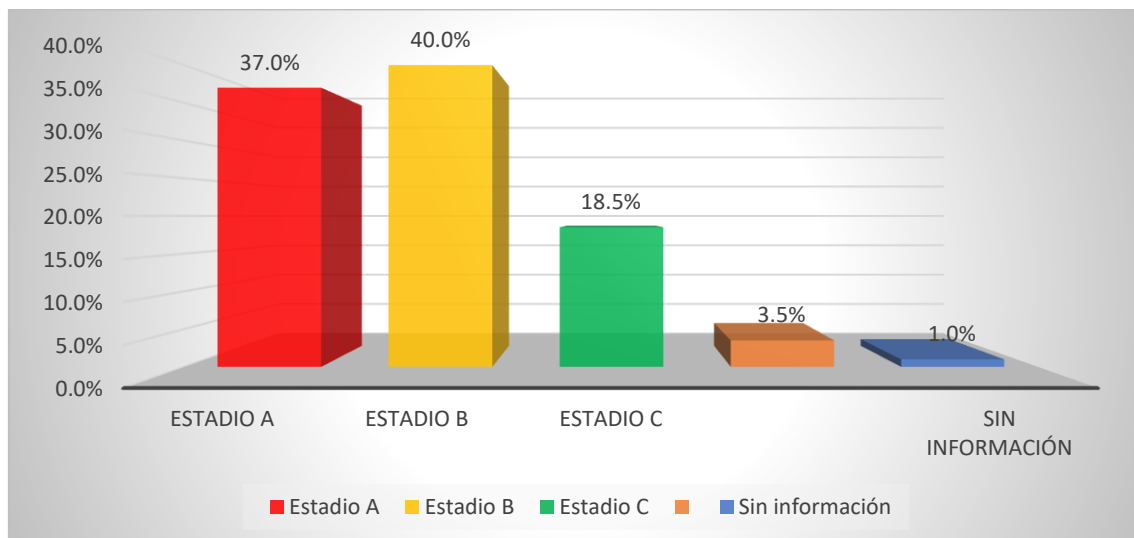
cambios de los niveles de carga viral, hallándose en un inicio un promedio de 485738.20 copias/ml y en la actualidad presenta un promedio de 76 199.22 copias/ml. Así como, la variación de los niveles de linfocitos CD4 con el tratamiento visualizándose en un inicio un promedio de 271.2 $\text{cél}/\text{mm}^3$ y como final un promedio de 499.4 $\text{cél}/\text{mm}^3$.

TABLA 13 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADIO CLÍNICO

Estadio clínico	Recuento CD4	f	%
Estadio A	$\geq 500/\text{mm}^3$	74	37.0%
Estadio B	200-499/ mm^3	80	40.0%
Estadio C	$< 200/\text{mm}^3$	37	18.5%
	$< 50/\text{mm}^3$	7	3.5%
Sin información		2	1.0%
Total		200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según estadio clínico

FIGURA 12 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ESTADIO CLÍNICO



Nota: elaboración propia

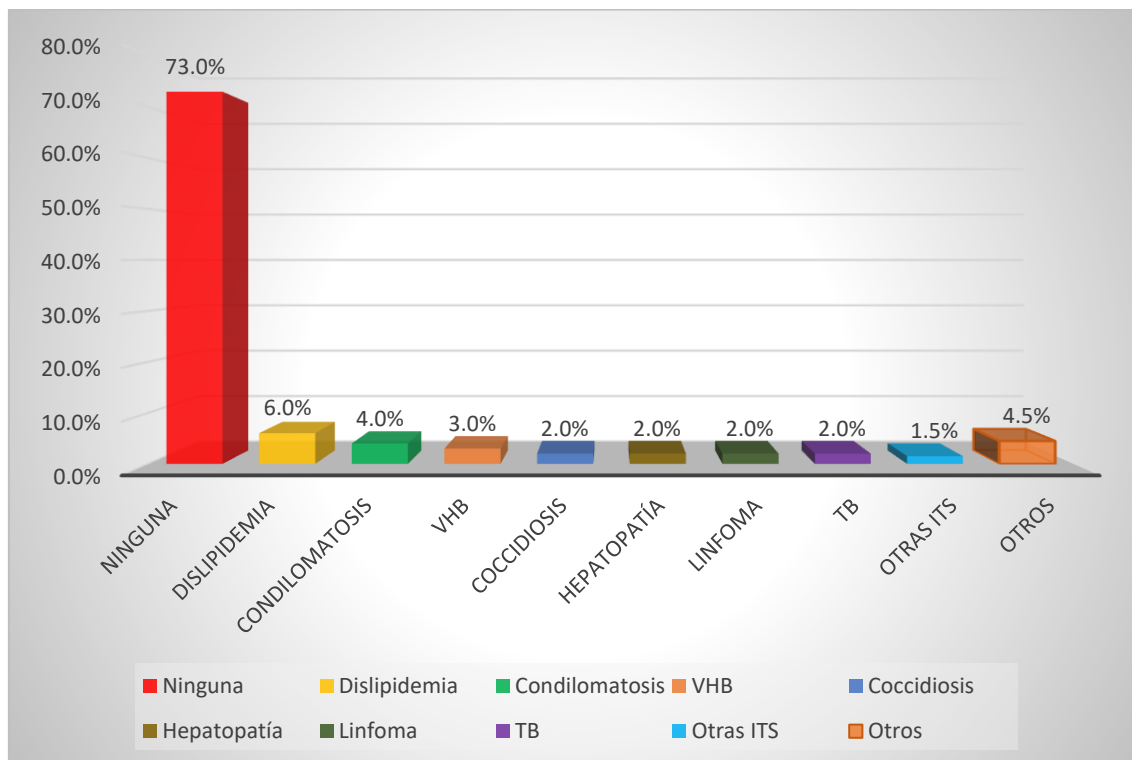
Interpretación: Según la tabla N° 15 y figura N° 12, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, según el estadio clínico un 40.0% corresponde a un estadio B, un 37.0% en un estadio A.

TABLA 14 COMORBILIDADES PRESENTES EN LOS PACIENTES

Comorbilidad	<i>f</i>	%
Ninguna	146	73.0%
Dislipidemia	12	6.0%
Condilomatosis	8	4.0%
VHB	6	3.0%
Coccidiosis	4	2.0%
Hepatopatía	4	2.0%
Linfoma	4	2.0%
TB	4	2.0%
Otras ITS	3	1.5%
Otros	9	4.5%
Total	200	100.0%

Nota: La tabla muestra comorbilidades presentes en los pacientes

FIGURA 13 COMORBILIDADES PRESENTES EN LOS PACIENTES



Nota: elaboración propia

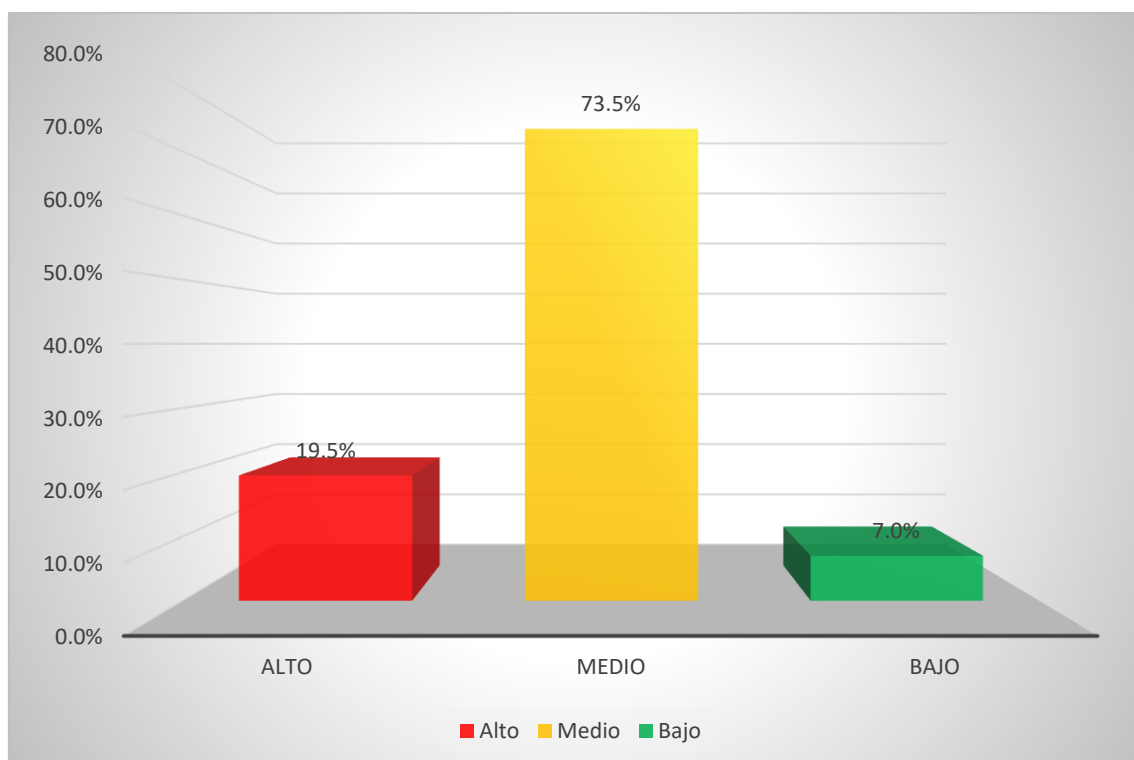
Interpretación: Según la tabla N° 16 y figura N° 13, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, un 73.0% no presenta ninguna comorbilidad, sin embargo, un 6.0% presentan dislipidemia, seguido de un 4.0% condilomatosis.

TABLA 15 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN

Satisfacción con la atención	<i>f</i>	%
Alto	39	19.5%
Medio	147	73.5%
Bajo	14	7.0%
Total	200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según satisfacción con la atención

FIGURA 14 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN



Nota: elaboración propia

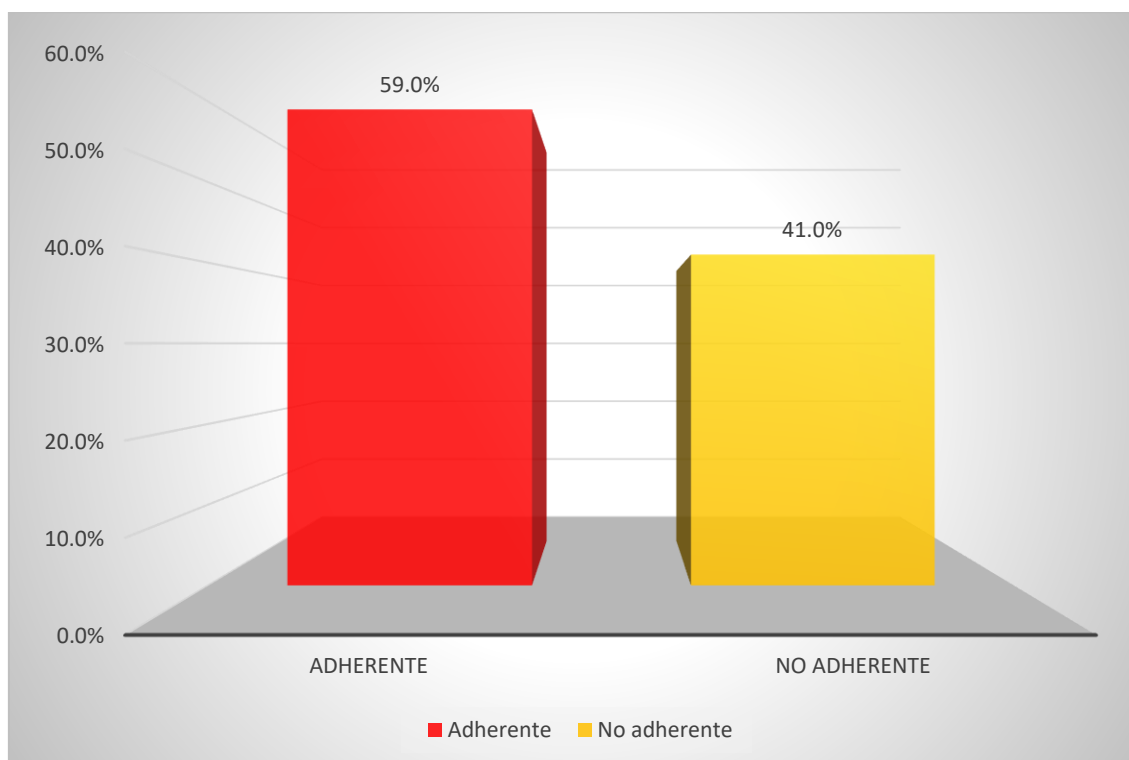
Interpretación: Según la tabla N° 17 y figura N° 14, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, según satisfacción con la atención un 73.5% en un nivel ni bajo ni alto (medio), un 19.5% de un nivel alto, y un 7.0% de un nivel bajo.

TABLA 16 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Adherencia	<i>f</i>	%
Adherente	118	59.0%
No adherente	82	41.0%
Total	200	100.0%

Nota: la tabla muestra distribución de pacientes según adherencia al tratamiento

FIGURA 15 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO



Nota: elaboración propia

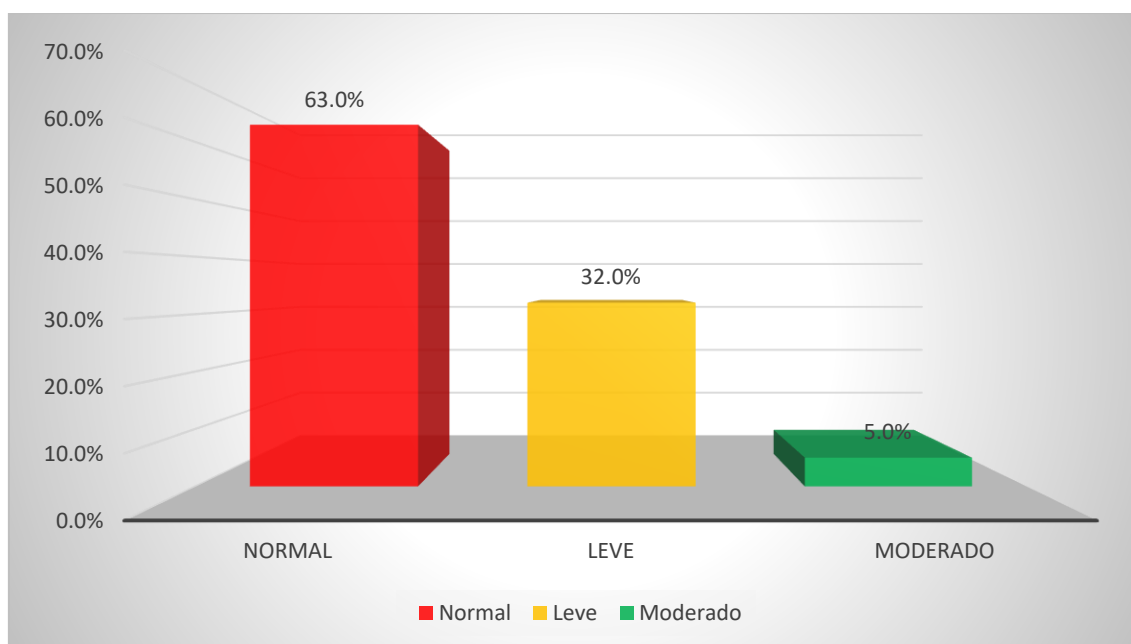
Interpretación: Según la tabla N° 18 y figura N° 15, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, según adherencia al tratamiento derivando como resultado que un 59.0% presentan una adecuada adherencia, sin embargo, un 41.0% no presentan una adecuada adherencia.

TABLA 17 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVELES DE DEPRESIÓN

Depresión	<i>f</i>	%
Normal	126	63.0%
Leve	64	32.0%
Moderado	10	5.0%
Total	200	100.0%

Nota: La tabla muestra distribución de pacientes según niveles de depresión

FIGURA 16 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN NIVELES DE DEPRESIÓN



Nota: elaboración propia

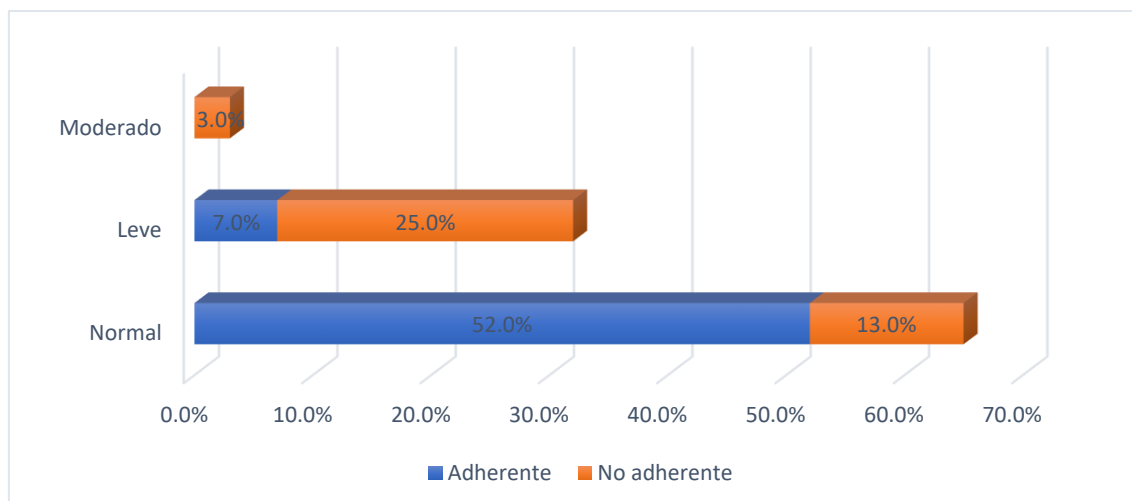
Interpretación: Según la tabla N° 19 y figura N° 16, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, según niveles de depresión un 63.0% presentaron un nivel normal, un 32.0% un nivel leve, así como un 5.0% un nivel moderado.

TABLA 18 RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES

Depresión	Total	Adherente		No adherente	
		f	%	f	%
Normal	126	104	52.0%	26	13.0%
Leve	64	14	7.0%	50	25.0%
Moderado	10	0	0.0%	6	3.0%
Total	200	118	59.0%	82	41.0%

Nota: La tabla muestra relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes

FIGURA 17 RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES



Nota: elaboración propia

Interpretación: Según la tabla N° 20 y figura N° 17, podemos visualizar que dentro de la muestra que es parte de la presente investigación, un 25.0% con



niveles de depresión muy bajas (leve) siendo no adherentes al tratamiento, no obstante, un 52.0% que presentaban un nivel de depresión normal eran adherentes al tratamiento.



CONCLUSIONES

PRIMERA: Teniendo la información recopilada se estableció el nivel de adherencia en la atención a los pacientes con VIH atendidos en el hospital Goyeneche en un 59.0% de casos .

SEGUNDA: De acuerdo con la información recopilada y según niveles de depresión en pacientes con VIH atendidos en el Hospital Goyeneche se identificó que un 63.0% presentaron un nivel normal.

TERCERA: En vínculo con la adherencia al tratamiento, se halló como resultado que un 59.0% presentan una adecuada adherencia en pacientes con VIH atendidos en el Hospital Goyeneche.

CUARTA: Se considera a los aspectos relacionados con los síntomas depresivos que influyen en la carencia de adherencia al tratamiento en pacientes con VIH atendidos en el Hospital Goyeneche.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Los pacientes serán educados sobre su enfermedad, reduciendo el estigma asociado al VIH que sigue existiendo entre la población, en las propias familias y en el paciente mismo. Esto se regularizará optimizando la estrategia ESNITSS , que realizará una buena gestión del equipo multidisciplinaria y mejorando la infraestructura del ambiente más exhaustiva y proporcionará un tratamiento farmacológico y psicológico adecuado a las particularidades del paciente.

SEGUNDA: Mantener las citas periódicas con el departamento de psicología, especialmente en los primeros meses de tratamiento y más tarde en función de las exigencias de cada paciente y de su entorno, para proporcionar un apoyo oportuno al paciente, así como una psicoeducación de la imagen y la importancia de mantener una buena adherencia.

TERCERA: Para la correcta derivación de los pacientes con VIH, se recomienda hacer pruebas frecuentes y un programa de coordinación de servicios psiquiátricos.



REFERENCIAS

1. Marsh K, Eaton JW, Mahy M, et al. Estimaciones 90-90-90 a nivel mundial, regional y nacional para 2018: evaluación del progreso hacia la meta de 2020. SIDA . 2019; 33 Suppl 3 (Suppl 3): S213-S226. doi: 10.1097 / QAD.0000000000002355
2. VILATÓ FRÓMETA, Liudmila; MARTÍN ALFONSO, Libertad; PÉREZ NARIÑO, Iliana. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. Revista Cubana de Salud Pública, 2015, vol. 41.
3. Pacifico J, Gutierrez C. INFORMACIÓN SOBRE LA MEDICACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PACIENTES CON VIH/SIDA DE UN HOSPITAL DE LIMA, PERÚ.
4. Arévalo MTV, Gutiérrez OLG, Maríán HFM, Quintero JG, Bolívar ICT. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA. :14.
5. Tello-Velásquez JR, Díaz-Llanes BE, Mezones-Holguín E, Rodríguez-Morales AJ, Huamaní C, Hernández AV, et al. La mala calidad de sueño se asocia a una menor adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes peruanos con infección por VIH/SIDA. Cad Saúde Pública. mayo de 2015;31(5):989-1002.
6. Pacifico Bedon J. La satisfacción respecto a la información sobre la medicación y su asociación con la adherencia a TARGA en pacientes con



- VIH/ SIDA en un hospital de Lima Metropolitana. [Lima - Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
7. Rojas Noa YM. Prevalencia de síntomas depresivos y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH que reciben TARGA en la ESNITSS del Hospital Goyeneche – 2019. [Arequipa - Perú]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019.
 8. Tejeda Fernandez CA, Rodriguez Gallegos EF. Adherencia al tratamiento y estilos de afrontamiento en pacientes portadores de VIH/SIDA, Hospital Goyeneche Arequipa, 2017. [Arequipa - Perú]: Universidad Católica San Pablo;
 9. Sucasaca Cusi. Relación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad en personas viviendo con VIH/SIDA tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2020. [Arequipa - Perú]: Universidad Católica de Santa María; 2020.
 10. Grupo de Expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (Spns), Grupo de Estudio de Sida (Gesida) y Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (Sefh). DOCUMENTO DE CONSENSO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LA FARMACOTERAPIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. 2020;57.
 11. Sabaté E, World Health Organization, editores. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.



12. Corless IB, Hoyt AJ, Tyer-Viola L, Sefcik E, Kempainen J, Holzemer WL, et al. 90-90-90-Plus: Maintaining Adherence to Antiretroviral Therapies. *AIDS Patient Care STDs*. mayo de 2017;31(5):227-36.
13. Gao X, Nau DP, Rosenbluth SA, Scott V, Woodward C. The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS Care*. agosto de 2000;12(4):387-98.
14. Broselli A, Purtscher H. Tratamiento de Infecciones Oportunistas en SIDA. *Rev Med Uruguay*. 1994;10:185-92.
15. Kemper CA, Meng T. Treatment of Mycobacterium avium complex bacteremia in AIDS with a four-drug oral regimen. *Ann Intern Med*. 1992; 116: 466-72.
16. Pronasida. Guía de Autocuidado para Personas Viviendo con el VIH/SIDA (PVVS). PROYECTO AVANZAMOS: Fortaleciendo la respuesta nacional en VIH/SIDA/ITS en 6 Regiones Sanitarias hacia la meta del acceso universal, 8ª RONDA.
17. Eramova I, Matic S, Munz. HIV/AIDS TREATMENT AND CARE - Clinical protocols for the WHO European Region. Europa ; 2007.
18. Jani A. Adherence to HIV Treatment Regimens: Recommendations for Best Practices. Washington, DC.; 2006.
19. Lange J, Perriens J, Kuritzkes D. What Policymakers Should Know about Drug Resistance and Adherence in the Context of Scaling-up Treatment of HIV Infection, AIDS. ; 2004.
20. Ross L. Prevalence of Antiretroviral Drug Resistance and Resistance Mutations in Antiretroviral Therapy (ART)-Naïve HIV-Infected Individuals from 40 US Cities during 2003. Washington, DC.; 2004.



21. Beith , Johnson A. Interventions to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy: A Review of the Evidence. ; 2006.
22. Sabate E. Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immunodeficiency Syndrome, in Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. ; 2003.
23. Ministry of health. Guidelines For Hiv/Aids Diagnosis And Treatment. Hanoi.; 2009.
24. BAIS III. Botswana AIDS Impact Survey. ; 2008.
25. Mills E, Nachega J, Bangsberg D, Singh S, Rachlis B, Wu P. Adherence to HAART: A Systematic Review of Developed and Developing Nation Patient-Reported Barriers and Facilitators. ; 2006.
26. Fisher J, Fisher W, Amico K, Harman J. An information-motivation-behavioral skills model of adherence to antiretroviral therapy. Health Psychology; 2006.
27. Uzochukwu B, Onwujekwe O, Onoka A, Okoli C, Uguru N. Determinants of non-adherence to subsidized anti-retroviral treatment in southeast Nigeria. ; 2009.
28. Laurenta C, Diakhate N, Gueyeb N, Toure M, Sowb P, Faye M. The Senegalese government's highly active antiretroviral therapy initiative: an 18-month follow-up study. ; 2002.
29. Erah P, Arute J. Adherence of HIV/AIDS patients to antiretroviral therapy in a tertiary health facility in Benin City. Africa.; 2008.
30. Mukhtar-Yola M, Adeleke S, Gwarzo D, Ladan S. Preliminary investigation of adherence to antiretroviral therapy among children in Aminu Kano Teaching Hospital, Nigeria. Nigeria.; 2006.



REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial del Sida 2020 [Internet].
[citado 8 de diciembre de 2020]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/campaigns/world-aids-day/2020>
2. BOLETIN VIH Febrero 2020 [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2020].
Disponible en:
https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2020/febrero.pdf
3. BOLETIN VIH Febrero 2020 [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2020].
Disponible en:
https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2020/febrero.pdf
4. Enríquez Canto Y, Díaz Gervasi GM, Menacho Alvirio LA. Impacto del Programa TARGA en la disminución de casos de sida en el sistema de salud peruano, 1983-2018. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 16 de abril de 2020 [citado 8 de diciembre de 2020];44. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7178554/>
5. Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con vih sida en un hospital de tercer nivel [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2020]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n1/0120-2448-amc-43-01-00031.pdf>
6. PERSONAS TRANS Y SU ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PARA EL VIH/SIDA [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/284/28446020004.pdf>
7. Factores asociados a la no Adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Lazarte [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2020]. Disponible en:



[http://200.62.226.186/bitstream/upaorep/2071/1/RE_MED.HUM_PATRICIA
_LEIVA_FACTORES.A.LA.NO.ADHERENCIA.TRATAMIENTO.ANTIRRET
ROVIRAL_DATOS.PDF](http://200.62.226.186/bitstream/upaorep/2071/1/RE_MED.HUM_PATRICIA_LEIVA_FACTORES.A.LA.NO.ADHERENCIA.TRATAMIENTO.ANTIRRETROVIRAL_DATOS.PDF)

8. Sosa Díaz Regina Yamilet, Fernández Rodríguez Caridad, Varona Cabrera Gretter, Hechevarría Morales Yeinier. Una visión clínica sobre las enfermedades oportunistas y el SIDA. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2009 Abr [citado 2021 Nov 02] ; 31(2). Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-
18242009000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000200010&lng=es).
9. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2020]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>
10. Samón-Ruesga E, Goulet-Mosqueda O, Díaz-Molina L. Alimentación y nutrición en personas con VIH. Guía nutricional. Revista Información Científica [Internet]. [citado 2 Nov 2021]; 94 (6) :[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/167>



ANEXOS



3.7. MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ 2021

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables, Dimensiones e Indicadores	Variables, Dimensiones e Indicadores	Metodología
<p>General: ¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche?</p> <p>Problemas específicos a) ¿Cómo es la adherencia en pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche?</p>	<p>Objetivo general: Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes atendidos en el Hospital Goyeneche</p> <p>Objetivos específicos a) Establecer el nivel de adherencia en pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche</p>	<p>Hipótesis General: Los factores más influyentes en la adherencia con los aspectos socioeconómicos del paciente con VIH</p> <p>Hipótesis específica: a) La adherencia a la terapia antirretroviral es adecuada en los pacientes atendidos en el</p>	<p>Variable independiente: Factores Asociados</p> <p>Dimensión 1: Factores Sociales</p> <p>Indicadores: Edad Sexo Estado civil Grado de instrucción</p>	<p>Variable dependiente: Dimensión1: Cumplimiento de tratamiento de tratamiento ARV</p> <p>Indicadores: Adecuado No adecuado</p> <p>Dimensión 2: Cumplimiento de la terapia concomitante</p>	<p>Tipo de Investigación: La presente investigación es de tipo observacional, transversal, analítico y correlacional.</p> <p>Nivel de la Investigación: De acuerdo con la naturaleza del estudio de la investigación, reúne por su nivel las características de un</p>



<p>b) ¿Cuáles son las características socio demográficas de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche?</p> <p>c) ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de la progresión de la enfermedad y la efectividad del tratamiento antirretroviral de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche?</p> <p>d) ¿Cuál estado psicológico de los pacientes que reciben</p>	<p>b) Identificar las características socio demográficas de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche</p>	<p>Hospital Goyeneche</p> <p>b) El nivel de conocimientos acerca del tratamiento y su eficacia influye en la adherencia al tratamiento antirretroviral</p> <p>c) Existen estados psicológicos relacionados a la depresión que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral</p>	<p>Ocupación</p> <p>Religión</p> <p>Orientación sexual</p> <p>Dimensión 2:</p> <p>Factores Económicos</p> <p>Indicadores:</p> <p>Ingreso económico</p> <p>SIS</p> <p>Servicios básicos</p> <p>Dimensión 3:</p> <p>Factores relacionados al personal de salud</p>	<p>Indicadores:</p> <p>Adecuado</p> <p>No adecuado</p> <p>Dimensión 3:</p> <p>Autocuidado</p> <p>Indicadores:</p> <p>Alimentación</p> <p>Balanceada</p> <p>Uso de preservativo</p>	<p>estudio descriptivo, explicativo no experimental.</p> <p>Diseño de la Investigación: No Experimental</p> <p>Población: 100 pacientes con criterios de inclusión</p> <p>Instrumento:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ficha de recolección de datos Escala de Adherencia al Tratamiento Morisky Green
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p>terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche?</p>	<p>c) Conocer el nivel de conocimiento de los pacientes acerca de la progresión de la enfermedad y la efectividad del tratamiento antirretroviral de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche</p> <p>d) Establecer el estado psicológico de los pacientes que reciben terapia antirretroviral en el Hospital Goyeneche</p>		<p><i>Indicadores:</i></p> <p>Satisfacción Impresión hacia el personal de salud Conocimiento de los beneficios del tratamiento</p> <p>Dimensión 3: Factores Psicológicos</p> <p><i>Indicadores:</i></p> <p>Sin depresión Leve Moderada Grave</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de depresión de Zung
----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------



Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Datos del paciente:

Iniciales: _____ Edad: _____ años

Sexo: () Femenino () Masculino

Procedencia: () Rural () Urbana () Urbano-marginal

Estado civil: () Soltero/a () Conviviente () Casado/a () Separado/a
() Viudo/a () Divorciado/a

Orientación sexual: () Heterosexual () Homosexual () Bisexual

Grado de instrucción: () Iltrado () Primaria () Secundaria () Superior

Nivel socioeconómico: () Alto (+5000) () Medio (4900-1000) () Bajo (-1000)

Cuenta con SIS: () SI () NO

Ocupación : _____

Antecedente de Depresión: () SI () NO

Datos de la enfermedad

Tiempo de enfermedad: _____ meses

Tratamiento recibido: _____ Otros: _____

Carga viral inicial: _____ copias RNA/mL

Carga viral actual: _____ copias RNA/mL

Recuento de linfocitos inicial: _____ Linfocitos CD4/mm³

Recuento de linfocitos actual: _____ Linfocitos CD4/mm³

Estadio clínico: A B C

Comorbilidades: _____



Satisfacción con la atención:

1. ¿Considera que el servicio que le brindan es de calidad?
Sí () No ()
2. La actitud del personal hacia usted es:
Amable () Distante ()
3. ¿Siente confianza de consultar sobre sus dudas o problema con el personal de salud?
Sí () No ()
4. La información que ha recibido acerca de los beneficios y riesgos del tratamiento, ha sido:
Entendible () Incomprensible () No le dieron ()

Nota:

Se considera que el paciente tiene un nivel de satisfacción alto si responde de la siguiente forma: en la 1, sí; en la 2, distante; en la 3, sí, en la 4, entendible.

Un nivel de satisfacción medio si responde de la siguiente forma: en la 1, sí; en la 2, distante; en la 3, no, en la 4, incomprensible. Y un nivel de satisfacción bajo si responde de la siguiente forma: en la 1, no; en la 2, distante; en la 3, sí, en la 4, no le dieron.



Anexo 2 Escala de Adherencia al Tratamiento según Morisky Green

1. ¿Se le olvida alguna toma del medicamento antirretroviral?
Sí () No ()

2. Algunas personas olvidan tomar sus medicamentos por otras razones o un simple olvido. en las últimas semanas ¿hubo algún día en el que se le olvido tomar la medicina?
Sí () No ()

3. ¿Alguna vez ha reducido la dosis o directamente dejado la dosis sin avisarle a su médico tratante porque se sentía mal al tomarla?
Sí () No ()

4. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
Sí () No ()

5. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
Sí () No ()

6. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
Sí () No ()

Observaciones:

.....
.....

Nota:

Se considera que el paciente no es adherente si responde una o varias de las preguntas cualitativas de la siguiente forma: en la 1, sí; en la 2, sí; en la 3, no; en la 4, no. en la 5, sí; y en la 6, sí.



Anexo 3. Escala de Depresión de Zung

	Nunca o raras veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de veces
1. Me siento triste y deprimido.	1	2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.	4	3	2	1
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.	1	2	3	4
5. Ahora tengo tanto apetito como antes.	4	3	2	1
6. Todavía siento deseos sexuales.	4	3	2	1
7. Creo que estoy adelgazando.	1	2	3	4
8. Estoy estreñado.	1	2	3	4
9. Tengo palpitaciones.	1	2	3	4
10. Me canso por cualquier cosa.	1	2	3	4
11. Mi cabeza está tan despejada como antes.	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	4	3	2	1
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Tengo esperanza y confío en el futuro.	4	3	2	1
15. Me siento más irritable que habitualmente.	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. Me creo útil y necesario para la gente.	4	3	2	1
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.	4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera.	1	2	3	4
20. Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.	4	3	2	1



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 30/07/25

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: GLADYS EDITH PUJADAS VALDIVIA

Dirección: URB. LAS PALMERAS D-19

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 29401709

Teléfono: 940685909 email: Computo.gladys.@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: MAESTRÍA EN SALUD

Escuela Profesional o Mención: SALUD PÚBLICA

Título o Grado Académico a optar: MAESTRO EN SALUD

Asesor: Dr. RILDO PAUL TAPIA CONDORI

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYONECHE 2021

Palabras claves, (3 a 5 términos): ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, PACIENTES CON VIH.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

1,2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Título 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción “internacional” o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción “internacional” emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA – P42

Stadys & Pujadas V

Firma de Autor



huella digital

30 de Julio del 2025

Fecha