



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA

Tesis

Factores de riesgo asociados a la falta de adherencia al tratamiento con
antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México, Lima – Perú 2024

Para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Presentado por:

Autor: Mejia Parreño, Francis Martin Eduardo


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-7507-4054>

Asesor: Dr. Felandro Taco, Gino Fernando

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1763-3168>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Francis Martin Eduardo Mejia Parreño egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Medicina Humana de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Factores de riesgo asociados a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México, Lima – Perú 2024” Asesorado por el docente: Gino Fernando Felandro Taco DNI 70432403 ORCID 0000-0002-1763-3168 tiene un índice de similitud de 15 (QUINCE) % con código oid: 14912:472813492 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma del autor
 Francis Martin Eduardo Mejia Parreño
 DNI: 75766908



.....
 Firma del asesor
 Gino Fernando Felandro Taco
 DNI: 70432403

Lima, 9 de julio de 2025

DEDICATORIA

A mi madre Pia, por todo el apoyo que me ha dado durante mi vida y mi carrera, por motivarme a seguir avanzando en mi vida y a mi padre Fredy por el esfuerzo para permitirme continuar y culminar con mi carrera.

A mis hermanas, Catherine por siempre haber estado apoyando con una palabra de aliento y Valentina por ser la inspiración para estudiar esta hermosa carrera y desde el cielo verá mi progreso. A mi cuñado Jorge, por ser como un hermano mayor, aconsejándome y apoyándome.

A Sthefany, por ser siempre ese apoyo incondicional, por ser mi motivación a continuar avanzando.

AGRADECIMIENTOS

A mis docentes de la universidad e internado,
que me permitieron obtener los conocimientos
valiosos para poder ayudar a la gente que más
lo necesita.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.	1
1.2. Formulación 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.....	3
1.4. Justificación de la investigación.	4
1.4.1. Teórica.....	4
1.4.2. Metodológica.....	4
1.4.3. Práctica.	4
1.5. Limitaciones de la investigación.	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. Antecedentes de la investigación.....	6
2.1.1. Antecedentes internacionales.	6

2.1.2.	Antecedentes nacionales.	8
2.2.	Bases teóricas.	11
2.2.1.	Virus de la inmunodeficiencia humana.	11
2.2.2.	Factores de riesgo a la no adherencia al tratamiento antirretroviral.	15
2.2.3.	Adherencia al tratamiento.	18
2.3.	Formulación de hipótesis.	20
2.3.1.	Hipótesis general.	20
2.3.2.	Hipótesis específicas.	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA		22
3.1.	Método de la investigación.	22
3.2.	Enfoque de la investigación.	22
3.3.	Tipo de investigación.	22
3.4.	Diseño de la investigación.	22
3.4.1.	Diseño.	22
3.4.2.	Corte.	23
3.4.3.	Nivel o alcance.	23
3.5.	Población, muestra y muestreo.	23
3.6.	Variables y operacionalización.	24
3.6.1.	Operacionalización de las variables.	24
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	25
3.7.1.	Técnica.	25
3.7.2.	Descripción de instrumentos.	25

3.7.3. Validación y confiabilidad.....	26
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	26
3.9. Aspectos éticos.....	27
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	29
4.1. Resultados.....	29
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	29
4.1.2. Prueba de las hipótesis.....	32
4.1.3. Discusión de resultados.....	43
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
5.1. Conclusiones.....	46
5.2. Recomendaciones.....	47
REFERENCIAS	48
ANEXOS	54
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	54
Anexo 2. Operacionalización de variables.....	56
Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos.....	59
Anexo 4. Validez del instrumento.....	62
.....	63
.....	64
Anexo 5. Confiabilidad del instrumento.....	67
Anexo 6. Consentimiento informado.....	68
Anexo 7. Aprobación por Comité de Ética.....	70

Anexo 8. Aprobación por la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte para ejecución de tesis.....	71
Anexo 9. Resultado del cálculo de la muestra por el aplicativo STATS V2.	72
Anexo 10. Informe de Turnitin.....	73

RESUMEN

Objetivo: Determinar qué factores de riesgo están asociados a la no adherencia al manejo con antirretrovirales en pacientes con infección de VIH en el CMI México en el año 2024.

Metodología: Es un estudio transversal, de nivel o alcance correlacional. Estuvo constituido por un total de 70 pacientes con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Centro Materno Infantil México en el 2024. Se empleó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, se realizó la regresión multinomial múltiple y se aplicó la prueba Chi cuadrado para el análisis de asociación, los datos fueron transcritos a Excel y posteriormente fueron sometidos a la aplicación SPSS statistics v30. **Resultados:** El 52.9% presentó adherencia insuficiente al TAR, el 70% tenía en 30 a 59 años, el 92.9% fueron de sexo masculino, el 55.7% tuvieron educación secundaria y el 71.4% era de nivel económico E, el 64.3% consumía alcohol, el 50% presentaba depresión, el 94.3% tomaba 1 pastilla de TAR y el 85.7% no presentó efectos adversos. El nivel educativo superior ($p=0.045$ OR=2.70), nivel económico A ($p=0.003$ OR=4.46), sustancias psicoactivas ($p=0.002$ OR=7.63) presentaron relación significativa con mala adherencia al TAR. **Conclusiones:** se presentó asociación significativa en factores sociodemográficos con la mala adherencia al TAR en paciente VIH en el CMI México.

Palabras claves: adherencia al tratamiento, Virus de inmunodeficiencia humana, factores asociados.

ABSTRACT

Objective: To determine which risk factors are associated with non-adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection at the CMI México Hospital in 2024. **Methodology:** This is a cross-sectional study, with a correlational level or scope. It included a total of 70 patients with Human Immunodeficiency Virus infection at the Mexico Maternal and Child Center in 2024. The Kolmogorov-Smirnov normality test was used, multiple multinomial regression was performed and the Chi-square test was applied for association analysis. The data were transcribed to Excel and subsequently submitted to the SPSS statistics v30 application. **Results:** 52.9% presented insufficient adherence to ART, 70% were aged 30 to 59 years, 92.9% were male, 55.7% had secondary education and 71.4% were of economic level E, 64.3% consumed alcohol, 50% had depression, 94.3% took 1 antiretroviral therapy pill and 85.7% did not present adverse effects. Higher educational level ($p=0.045$ OR=2.70), economic level A ($p=0.003$ OR=4.46), psychoactive substances ($p=0.002$ OR=7.63) were significantly related to poor adherence to antiretroviral therapy. **Conclusions:** A significant association was found between sociodemographic factors and poor adherence to ART in HIV patients at the CMI Mexico.

Keywords: Adherence to treatment, Human Immunodeficiency Virus, associated factors.

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una enfermedad que afecta principalmente al sistema inmunológico de la persona infectada llevándola a complicaciones como infecciones oportunistas o enfermedades neoplásicas provocando incluso el deceso del paciente, por lo que el tratamiento es el pilar fundamental en el control de la evolución de la enfermedad al reducir la carga viral, mejorando así la calidad y esperanza de vida de los pacientes. Sin embargo, pueden existir múltiples factores que pueden alterar una adecuada adherencia tales como los factores sociodemográficos, factores clínicos o factores farmacológicos.

En la presente tesis el objetivo fue determinar qué factores de riesgo están asociados a la no adherencia al manejo con antirretrovirales en pacientes con infección de VIH en el Centro Materno Infantil México en el año 2024.

Durante el desarrollo de esta tesis se organizó en un total de cinco diferentes apartados, donde en el primer apartado se realizó la descripción del problema, además, los objetivos formulados y la justificación del estudio. En el segundo apartado se habló sobre las bases teóricas y los antecedentes que fueron de gran importancia para las variables aplicadas en la investigación. En el tercer apartado se connotó de la metodología, las técnicas e instrumentos que fueron indispensables para la realización del estudio. El penúltimo apartado estuvo comprendido por los hallazgos de los datos recabados, las cuales fueron analizadas y comparadas con otras bibliografías. En el quinto apartado fue donde se detallaron las conclusiones de la investigación.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

El virus de inmunodeficiencia humana es un retrovirus de tipo ARN el cual su replicación es mediante un ADN intermediario. Los tipos de VIH 1 y 2 desencadenan la enfermedad en los humanos, siendo el VIH-1 el que causa mayor parte de las infecciones registradas a nivel mundial. La transmisión de este patógeno es mediante fluidos de la persona infectada, como: lactancia, coito y fluidos sanguíneos. Una vez adquirido el virus este afecta al sistema inmunitario, principalmente a los linfocitos T CD4, ocasionando una reducción en su conteo y aumentando la carga viral en el cuerpo de la persona infectada. Algunos pacientes infectados pueden manifestar síntomas similares al resfriado, como: cefalea, odinofagia, fiebre o erupción cutánea y mientras la enfermedad vaya avanzando este puede presentar diarreas frecuentes, tos y pérdida de peso. Además, los pacientes que no cuenten con tratamiento pueden presentar infecciones graves, tales como la tuberculosis e incluso el cáncer. El tratamiento antirretroviral (TAR) ayuda en que el VIH no evolucione a estadio SIDA, y mientras la carga viral dentro de este paciente sea indetectable, reduce exponencialmente el riesgo de transmitir el virus a sus parejas sexuales e hijos, por tal motivo es de alta importancia que el paciente lleve un adecuado tratamiento una vez diagnosticada la infección^{1,2}.

La infección por el VIH es un tema de importancia para la salud pública a nivel mundial, en Perú el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades y la Red Nacional de Epidemiología reportó un total de 177 226 casos de VIH desde el primer paciente reportado en 1983 hasta junio del 2024 y una prevalencia de 110 058 para el 2023. Se ha visto que hay una mayor prevalencia en hombres homosexuales. En el 2023 durante el primer semestre se reportó que el 76.6% de nuevos casos son hombres y en el estadio SIDA se reportó un 79.2%, siendo el grupo etario más implicado en hombres de 20- 34 años y en mujeres de 15- 39 años³.

A pesar de no tener una cura definitiva actualmente para la infección por VIH, este se puede tratar como una enfermedad crónica con antirretrovirales para reducir el riesgo de pasar al estadio SIDA y también así reducir el riesgo de transmitir este patógeno a la pareja sexual. La adherencia a la terapia con antirretrovirales es una medida importante para reducir la cantidad de carga viral del paciente, siendo la adherencia una tarea difícil para el paciente ya que depende de diferentes factores que pueden alterarla, uno de los factores que puedan alterar la adherencia es la falta de conocimiento ante el medicamento y sus efectos adversos u otros factores como sociales o económicos. Se ha visto que pacientes que presenten un mal manejo del TAR puede ocasionar resistencia a este medicamento, disminuyendo así las opciones de manejo y alterando aún más su adherencia. Este tratamiento consiste en restringir la replicación viral, siendo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para todo paciente infectado independientemente de su estadio clínico o conteo de CD4 utilizando esquemas que preferentemente contengan Dolutegravir para el tratamiento de primera línea, además de la profilaxis pre-exposición^{4,5}.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general.

¿Qué factores de riesgo se encuentran relacionados a una mala adherencia al tratamiento con antirretrovirales en pacientes con VIH pertenecientes al CMI México en el año 2024?

1.2.2. Problemas específicos.

1. ¿Qué factores sociodemográficos se encuentran relacionados a una mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024?
2. ¿Qué factores clínicos se encuentran relacionados a una mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024?
3. ¿Qué factores farmacológicos se encuentran relacionados a una mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024?

1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1. Objetivo general.

Determinar qué factores de riesgo están asociados a la no adherencia al manejo con antirretrovirales en pacientes con infección de VIH en el CMI México en el año 2024.

1.3.2. Objetivos específicos.

1. Reconocer factores sociodemográficos que se encuentren asociados a una mala adhesión al tratamiento con TAR en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024.
2. Determinar qué factores clínicos se encuentran asociados a una mala adherencia al tratamiento TAR en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024.

3. Identificar los factores farmacológicos que se encuentran asociados a una mala adherencia al TAR en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024.

1.4. Justificación de la investigación.

1.4.1. Teórica.

La infección por VIH es un problema de salud pública a nivel mundial, en la cual actualmente se puede tratar como una enfermedad crónica mediante el TAR, por el cual fue necesario realizar la búsqueda de factores que pongan en riesgo la adecuada adherencia al tratamiento, el cual pueda llevar a los pacientes a complicaciones de su enfermedad como la resistencia de los esquemas o medicamentos del uso actual para esta enfermedad. La siguiente tesis tuvo como finalidad dar a conocer factores que puedan afectar la adecuada adherencia en pacientes con infección por VIH en el área CERITSS del Centro Materno Infantil México (CMI México). Los resultados de esta investigación contribuyen como información para el desarrollo de futuros proyectos o investigaciones para el bienestar de los enfermos con VIH.

1.4.2. Metodológica.

Esta tesis tuvo como base los antecedentes teóricos de importancia, así como artículos de investigación fiables para poder obtener factores frecuentemente asociados a una mala adherencia al tratamiento, se realizó mediante la aplicación de un cuestionario validado para su uso en el Perú, además, se utilizaron las historias clínicas de los pacientes del Centro Materno Infantil México y mediante una ficha que fue usado para la recolección de datos y con ello se pudo identificar los factores de riesgo.

1.4.3. Práctica.

La presente tesis presentó resultados sobre los factores de riesgo más frecuentes que ocasionan la reducción a la adherencia al TAR para la infección por VIH, estos resultados permiten realizar futuros proyectos y estrategias para mejorar la adherencia en los pacientes.

1.5. Limitaciones de la investigación.

Durante el desarrollo de la investigación se presentaron las siguientes limitantes, como primera limitación fue que al implementar un estudio de tipo transversal no nos permite determinar la causalidad de los factores con la mala adherencia al TAR, tan solo nos permite evaluar el contexto en ese instante en el tiempo, sin tener en cuenta la variación de este en otros momentos de la vida de los participantes. La segunda limitante fue la de recolección de datos, ya que se utilizó una encuesta que podría ocasionar sesgo, dado que la información proporcionada por los participantes no tiene algún tipo de supervisión externa y sus respuestas deban ser aceptadas a pesar de que estas no estén dentro de su representación contextual. El muestreo del estudio fue otra limitante que se presentó, ya que al ser por conveniencia este no garantiza una representatividad de la población al momento de elegir a los participantes de la muestra, sin embargo, este tipo de muestreo fue elegido por el difícil acceso a la población de pacientes con VIH, ya que únicamente fue posible hacer contacto personalmente mediante la fecha programada para su control médico. Como última limitante, tenemos que al haber desarrollado la investigación en un solo centro de salud los resultados pueden no representar a otras poblaciones que se comprendan en un contexto diferente.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

2.1.1. Antecedentes internacionales.

Arrieta et al., (2022) realizaron un estudio donde tuvieron como objetivo identificar qué factores se asocian a una mala adherencia al TAR en Colombia. El tipo metodológico fue transversal y retrospectivo. Su muestra fue de 9 835 personas con VIH en tratamiento ARV. Ellos utilizaron 3 escalas: el cuestionario simplificado de adherencia a la medicación, Morisky-Green y la escala simplificada para detectar problemas de adherencia al tratamiento antirretroviral. Encontraron que el 74.4% eran hombres, 71,1% entre 18 a 44 años, 78,1% eran solteros, además, un 10% que no tenían adherencia al tratamiento, donde el 69.9% eran hombres, 80.7% eran menores a 45 años, 67.9% a estrato socioeconómico medio, 63,1% eran homo/bisexuales y 12,4% presentaron reacciones adversas. Llegaron a la conclusión de que las variables relacionadas a los medicamentos ($p<0.01$; ORa=8.11), reacciones adversas ($p<0.01$; ORa=2.01), antecedentes a no adherencia al tratamiento ($p<0.01$; ORa=1.86) y el consumo de sustancia psicoactivas ($p<0.01$; ORa=1.49) presentaron una mayor asociación con la falta de compromiso con el TAR⁶.

Sánchez et al., (2021) un estudio realizado en mujeres en 6 hospitales públicos en Murcia-España, tuvo como objetivo de investigación el determinar la adherencia al TAR en un grupo de mujeres con VIH/SIDA. Este trabajo constó de mujeres entre 18 a 65 años, en

tratamiento TAR. La población de estudio fue de 86 mujeres. Utilizaron instrumentos como: CAT-M VIH, cuestionario sobre adherencia SMAQ, además de las pruebas analíticas y el registro de dispensación TAR desde la farmacia hospitalaria. Su estudio constó de 2 fases, una fase cuantitativa donde realizaron la aplicación de los distintos instrumentos anteriormente mencionados, donde buscaban que factores pueden desencadenar una disminución en la adecuada toma del TAR y a su vez el grado de adherencia que presentaban. La segunda fase es la cualitativa, donde se realizaron entrevistas de 45 minutos a 15 pacientes que fueron seleccionadas anteriormente. Como resultados encontraron que la adherencia al TAR mediante el SMAQ fue que el 41.9% de participantes no tenían adherencia al tratamiento, mientras que los registros de medicación de la farmacia reportaron que el 40.7% de pacientes no son adherentes al esquema. Tuvieron un total de 59.3% de pacientes no adherentes al tratamiento con TAR. Los factores encontrados fueron la edad, grado de instrucción y nivel de ingresos. Donde tener una mayor edad, estudios universitarios y un ingreso mayor a 700 euros reducían el riesgo de la no adherencia de manera significativa⁷.

Reyes et al., (2020) un estudio realizado en Colombia que trataron de determinar la adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH. Realizaron una investigación cuantitativa correlacional de corte transversal y su muestra constó de 166 pacientes con VIH/sida entre edades de 16 a 73 años, de los cuales el 74.4% son hombres y el 25.3% son mujeres. Mencionan que del total de la muestra el 68.1% no eran adherentes al tratamiento con un total de 49.4% de hombres y un 18.7% de mujeres. La relación médico paciente no fue determinante en la adherencia del tratamiento con TAR⁸.

Pérez et al., (2020) este trabajo fue realizado en la Habana Cuba y tuvo como objetivo el buscar factores que se vean asociados a una baja adherencia al TAR en personas con VIH/sida. Es de tipo transversal con una muestra de 153 pacientes, estos pacientes contaban con edades de 18 años a más. Usaron como fuente las historias clínicas, entrevista a familiares

y un cuestionario. Las variables incluidas en su estudio comprendían: adherencia terapéutica, sexo, orientación sexual, nivel de instrucción, vínculo de pareja, funcionamiento familiar, tiempo de tratamiento, presencia de reacciones adversas. Llegaron a deducir que la falta de compromiso al TAR fue relacionada a la baja escolaridad ($p < 0.05$; $OR > 1$), disfunción familiar ($p < 0.05$; $OR > 1$), vínculo de pareja inestable ($p < 0.05$; $OR > 1$), tiempo de tratamiento bajo > 5 años ($p < 0.05$; $OR > 1$) y presencia de reacciones adversas ($p < 0.05$; $OR > 1$). En relación con la variable sexo y orientación sexual, no encontraron una asociación significativa con un $OR = 1$ ⁹.

Notario et al., (2022) fue realizado en el Hospital General La Mancha Centro en España, donde tuvieron el objetivo de conocer el nivel de adherencia al TAR e identificar los posibles factores que pudieran influenciar. El tipo metodológico fue de tipo retrospectivo, observacional y descriptivo. La muestra fue conformada por 128 pacientes mayores de 18 años. Consideraron que la adherencia óptima era positiva si esta fuera mayor o igual al 95%. La carga viral y niveles de CD4 fueron usados como método directo para medir la adherencia al tratamiento. Los factores que encontraron para una mala adherencia fueron: antecedentes de incumplimiento terapéutico, falta de apoyo social, problemas psiquiátricos, poco acceso a la medicación¹⁰.

Urizar et al., (2020) fue realizado en Paraguay el cual tuvo como objetivo conocer que factores se asocian a una falta de adherencia al TAR. El estudio fue observacional, analítico-transversal. Su muestra fue de 42 pacientes de ≥ 18 años. Como instrumento utilizaron un cuestionario demográfico y la prueba SMAQ para que pudieran evaluar la adherencia. Se asoció a los pacientes que presentaron efectos adversos ($p = 0.044$; $OR: 8.29$), también cuando presentaban olvido en su toma de medicamentos los fines de semana ($p = 0.003$; $OR: 28.82$)¹¹.

2.1.2. Antecedentes nacionales.

Vargas et al., (2023) tuvieron como meta relacionar qué factores de riesgo podrían estar enlazados a la mala adherencia al TAR. Realizaron un estudio de tipo casos y controles.

Participaron 138 para los casos y 138 para los controles en pacientes con grupo etario entre 18 a 60 años que mantengan terapia antirretroviral, realizado en el Hospital Nacional Sergio Bernales – Perú entre enero del 2019 hasta diciembre del 2021. Utilizaron las historias clínicas de los pacientes. Se encontró en el estudio que mayor parte de los participantes eran de sexo masculino en un 82,2%, con la variable depresión se encontró al 35,5% de pacientes lo presentaban, la orientación sexual se vio que el 81,2% eran heterosexual y el 18,8% homosexuales, con respecto a efectos secundarios, mencionaron que solo el 11,2% reportó haberlas presentado con TAR. Así mismo la adherencia durante la emergencia sanitaria reportó no verse afectada en un 72,1%. Se demostró una asociación significativa con la variable depresión ($p=0.001$; ORa: 2,15; IC de 1,22 - 3,78), efectos adversos ($p=0.001$; ORa: 4,24; IC de 1,66 - 10,83), esquema TAR alternativo ($p=0.002$; ORa: 2,40; IC de 1,25 - 4,61). Llegaron a la conclusión de que la variable depresión, efectos secundarios al TAR, cambio de adherencia en la emergencia sanitaria, esquema TAR alternativo aumentaron el riesgo a una mala adherencia al TAR⁴.

Barrera et al., (2021) realizaron en el Hospital Daniel Alcides Carrión su investigación donde tuvieron como objetivo identificar la asociación entre los factores sociales, clínicos, terapéuticos y enfermedades coexistentes con la no adherencia al TAR. Este fue de tipo transversal donde contaron con una muestra de 117 personas que tienen VIH y que estaban en tratamiento con TAR. Como instrumento utilizaron el Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT -VIH) adaptado para el uso en la población peruana. Como resultados tuvieron que el sexo masculino en 16 veces más ($p=0.023$) y las comorbilidades en 9 veces más ($p=0.003$) se encontraban asociadas a la falta de adherencia¹².

Orellana et al., (2019) este estudio fue realizado en el Hospital Central PNP “Luis N. Sáenz” donde tuvieron como objetivo identificar factores que se puedan ver asociados al nivel de adherencia al TAR, este estudio fue transversal, el cual contó con 123 pacientes entre 18 y

65 años con al menos 3 meses de tratamiento con TAR mínimo, además, el uso de las historias clínicas. El instrumento usado fue el cuestionario CEAT -VIH que, según el estudio tuvo un coeficiente alfa de 0.765 siendo aceptable para su investigación. Los resultados mostraron que se encontró una relación entre la carga viral y el grado de adherencia mediante el uso de la prueba de U de MannWhitney con un $P < 0.005$ ¹³.

Piñas et al., (2023) esta tesis fue realizada dentro del Hospital Prialé de Huancayo. Este trató en determinar qué variable se pueden asociar a una mala adherencia al TAR. Este tuvo una metodología de corte transversal, conformada por 180 pacientes ≥ 18 años y mínimo con 6 meses de tratamiento. para su estudio utilizaron una ficha para la recolección de sus datos y con el uso del cuestionario “CEAT -VIH”. Concluyeron que la prevalencia de no adherencia fue de un 58,7%, además, se vio una mayor influencia en el sexo masculino a una mala adherencia al tratamiento 43,1% ($p=0.000$) (OR: 2.73). Los pacientes con estado civil soltero tuvieron una correlación significativa del 26.9% ($p=0.015$) (OR: 2.32), las variables de falta de soporte familiar ($p=0.000$) (OR: 2.24), desempleo ($p=0.000$) (OR: 2.24), consumo de alcohol ($p=0.000$) (OR: 2.3) también se vieron correlacionadas a una mala adherencia al tratamiento¹⁴.

Mejia (2022) Esta tesis fue realizada en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna el cual tuvo cuyo objetivo fue el de determinar factores que se vean asociados a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Este estudio fue de tipo transversal, donde participaron un total de 271 pacientes. Este estudio utilizó el cuestionario CEAT -VIH e hizo el uso de un cuestionario de factores. El estudio mostró que el estadio de la enfermedad ($p=0.007$), la carga viral ($p=0.005$) y el recuento de CD4 ($p=0.016$) se asociaron significativamente al nivel de adherencia al tratamiento del paciente¹⁵.

Claros (2020) este estudio fue realizado en pacientes VIH/SIDA atendidos en Hogar San Camilo durante el año 2017, este estudio tuvo como objetivo determinar los factores

relacionados en la falla a la adherencia al TARGA. El diseño del estudio fue retrospectivo de corte transversal donde la muestra estuvo conformada por 463 pacientes, y su muestra fue de 43. Como instrumentos usaron una ficha de Evaluación Clínica y una ficha de reporte de efectos adversos al TARGA. Los factores asociados en la mala adherencia tuvieron que el sexo masculino estaba relacionado con un $P=0.042$, la edad entre 18 a 30 años con un $P=0.087$ y mayores de 50 años con $P=0.09$ fueron significativos, la ocupación y el nivel económico pobre también fueron significativos con $P=0.097$ y $P=0.001$ respectivamente, al igual que el estadio clínico No SIDA con $P=0.078$, tratamiento TARGA <1 año $P=0.0001$ y de 2 años $P=0.078$ también fueron significativos¹⁶.

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Virus de la inmunodeficiencia humana.

2.2.1.1. Historia.

Los primeros casos de pacientes infectados se detectaron en Nueva York y en la ciudad de Los Ángeles (1981). Se presentaron en pacientes varones que mantenían relaciones sexuales con otros varones, además, presentaban infecciones oportunistas tales como: neumonía por *pneumocystis carinii*, infecciones por *Candida albicans* y el *sarcoma de Kaposi*. Posteriormente esta fue reportada a la CDC y publicada en artículos de investigación. Los métodos de transmisión descubiertos fueron los de transmisión sexual o sanguínea¹⁷.

2.2.1.2. Microbiología y fisiopatología.

El VIH es perteneciente a la familia de los retrovirus y género de los lentivirus, se caracterizan por sintetizar ADN mediante el ARN presente utilizando una enzima llamada retrotranscriptasa unificando su gen en la célula infectada para así poder replicarse. Este virus se clasifica en 2 tipos: VIH-1 y VIH-2, donde el tipo 1 viene a ser el más patógeno y transmitido a nivel mundial, mientras que el tipo 2 es menos patógeno, sin embargo, también puede conllevar a la persona infectada al estadio Sida. El VIH-1 ha sido dividido en 3 diferentes

grupos: el grupo M (main o principal) y tienen 9 subtipos (A → K), grupo O (outlier) y finalmente el grupo N (no M, no O). Según la microbiología del virus, este tiene una forma esférica de aproximadamente de 100-120nm, cuenta con una bicapa de tipo lipídica que es tomada de la membrana de una célula humana, la envoltura presenta proteínas conformadas por 3 molécula de glucoproteína 120 (gp120) y en la parte más externa se encuentre la glucoproteína 41 (gp41). Se sabe que la célula objetivo del VIH vienen a ser los linfocitos T- CD4 que mediante su receptor del propio organismo y un receptor de quimiocinas donde la mayoría de los casos es el CCR5 puede ingresar a la célula en las primeras fases de la infección, además, se ha visto también que el virus puede ingresar a la célula mediante el receptor alternativo CXCR4 en fases avanzadas de la infección. La acción del virus para ingresar a la célula es mediante la interacción de la gp120 con receptores CCR5 y/o CXCR4, lo cual activa posteriormente la exposición del gp41 permitiendo la fusión de la membrana viral. Una vez el virus alcanza a la célula diana y esta llega a penetrar la membrana, la transcriptasa inversa (RT) convierte el ARN en ADN donde posteriormente es transportada al núcleo y siendo integrada al ADN celular siendo mediada por la integrasa (IN), una vez integrada al ADN utiliza a la célula para expresar el ARN viral para posteriormente salir nuevos virus e infectar otras células más^{18,19}.

2.2.1.3. Transmisión y clínica.

La transmisión de este patógeno se puede realizar mediante vía sexual, vía sanguínea, transmisión materno fetal o vertical, además del uso de drogas como la heroína. En caso de la transmisión mediante vía sexual este se ve en pacientes que no han utilizado métodos de protección de barrera como el condón masculino, además se ha visto asociado en mayor medida en paciente hombres que tiene sexo con otros hombres. La transmisión materno-fetal se comprende en 3 momentos: transplacentaria, en el trabajo de parto y lactancia materna, el riesgo de transmisión se reduce en el momento del parto si la paciente cuenta con el tratamiento TAR

y que presente una carga viral indetectable. Cuando el paciente está infectado por el VIH este puede presentar una sintomatología que inicia entre las 2 a 4 semanas post infección y que puede durar unos días o algunas semanas. Generalmente los pacientes dentro de la infección aguda suelen presentar síntomas virales similares a la de la gripe. Algunos síntomas descritos son similares a la mononucleosis infecciosa tales como: fiebre entre 38 a 40°C, linfadenopatía, rash generalizado posterior a la fiebre y que puede durar entre 5 a 8 días, algunos otros signos que pueden aparecer son las úlceras dolorosas en la mucosa genital, faringitis, baja de peso, mialgias, entre otras; sin embargo, estos síntomas por si solos pueden hacer el diagnóstico por infección^{1,20}.

2.2.1.4. Clasificación y estadios.

La clasificación del VIH según la OMS puede presentarse de la siguiente manera: mediante el valor de CD4 o mediante los síntomas o signos clínicos del paciente, siendo este último el de mayor relevancia. Dentro de los valores de CD4 tenemos que si el paciente presenta un valor > 500 se considera en estadio 1, de 350 - 499 en estadio 2, de 200 - 349 estadio 3 y < 200 en estadio 4 o SIDA. Según los signos o síntomas del paciente pueden presentar lo siguiente: estadio clínico 1 (asintomático, linfadenopatía generalizada persistente), estadio clínico 2 (pérdida de peso idiopático <10%, erupciones papulares, infección de vías respiratorias recurrentes, herpes zoster, onicomycosis, úlceras orales recurrentes, queilitis angular, dermatitis seborreica), estadio clínico 3 (pérdida de peso idiopático >10%, estomatitis, diarreas crónicas, fiebre sin causa aparente de tipo persistente, candidiasis oral persistente, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar, gingivitis, leucoplasia oral vellosa, anemia), estadio clínico 4 (Sx de consunción por VIH, enfermedad pulmonar por *Pneumocystis*, candidiasis esofágica, neumonía grave persistente, sarcoma de Kaposi, infección crónica por herpes simple, tuberculosis extrapulmonar, citomegalovirus, toxoplasmosis en el CNS, encefalopatía, entre

otros), por tal motivo es importante saber en qué estadio se encuentra el paciente para poder dar un manejo adecuado²¹.

2.2.1.5. Diagnóstico.

Actualmente existen diversos métodos diagnósticos para la infección de VIH, donde la prueba rápida es el método más utilizado, también podemos encontrar el ELISA y la quimioluminiscencia siendo estas pruebas de cribado, dentro de los métodos de confirmación tenemos la inmunofluorescencia indirecta (IFI), Western blot (WB) o Inmunoblot (IB). Para el diagnóstico según la norma técnica peruana el paciente en sospecha de VIH se puede ubicar en 3 posibles escenarios, el primer caso consiste en realizarlo en un centro de atención médica, donde se aplicará en primer lugar el uso de las pruebas rápidas, en caso la primera prueba de positivo se realizará una segunda prueba rápida confirmatoria, en caso sea negativo la primera prueba se considera como paciente sin infección. El paciente que fue sometido a la segunda prueba rápida confirmatoria puede tener 2 resultados posibles, la primera donde el resultado sea positivo y se confirme la infección del paciente o en caso sea negativo se considerará como resultado discordante y será sometido a pruebas confirmatorias como IFI, IB o WB^{21,22}.

2.2.1.6. Tratamiento.

Los pacientes diagnosticados deben someterse a tratamiento TAR sin importar el conteo de linfocitos T- CD4 y la carga viral, sin embargo, se debe tener en consideración signos de posibles enfermedades oportunistas tales como la tuberculosis, además de otras enfermedades de transmisión sexual. Los fármacos más usados como tratamiento del VIH son: inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (NRTI), inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa (NNRTI), inhibidor por fijación a gp120, inhibidor de fusión, inhibidores de la proteasa (PI), inhibidores de la transferencia de cadenas de integrasa (INSTI), antagonistas de CCR5, inhibidor de la cápside e inhibidor posterior a la fijación (PAI). Los medicamentos que podemos encontrar son: NRTI (Abacavir, Tenofovir alafenamida, Tenofovir disoproxil

fumarato, Lamivudina y Emtricitabina), los NNRTI (Doravirina, Efavirenz, Etravirina y Rilpivirina), los potenciadores farmacocinéticos (Cobicistat y Ritonavir), el medicamento inhibidor por fijación a gp120 (Fostemsavir), los inhibidores de fusión (Enfuvirtida), dentro de los INSTI (Dolutegravir, Elvitegravir, Raltegravir, Cabotegravir y Bictegravir), PAI (ibalizumab-uiyk), PI (Atazanavir y Darunavir), antagonistas de CCR5 (Maraviroc) e inhibidor de la cápside (Lenacapavir)²³.

En Perú según el Ministerio de Salud (MINSA) tenemos el siguiente esquema de tratamiento, donde podemos encontrar la unión de 2 fármacos que inhiben los nucleósidos de la transcriptasa reversa y también un tercero que debe elegirse de acuerdo con ciertos criterios. En primera línea tenemos la combinación de Tenofovir + Emtricitabina o Lamivudina + Efavirenz, como segunda línea podemos contar con la combinación basada en tenofovir: Tenofovir + Citabina o Mivudina + Lopinavir/Ritonavir o Tenofovir + Lamivudina o Emtricitabina + Dolutegravir, basados en Abacavir tenemos: Abacavir + Lamivudina + Efavirenz o Dolutegravir y basados en Zidovudina tenemos: Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz o Nevirapina²¹.

2.2.2. Factores de riesgo a la no adherencia al tratamiento antirretroviral.

Los factores de riesgo es alguna característica o circunstancia que sea visible o apreciable en una persona o grupo de personas que se relacione al aumento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesta a una enfermedad ^{24,25}. Los factores de riesgo se pueden clasificar en diferentes grupos: conductuales fisiológicos, demográficos, medioambientales, genéticos, entre otros²⁶.

La adherencia en el tratamiento de una enfermedad crónica ya sea farmacológica o no farmacológica puede implicar en la evolución de la enfermedad y posibles mejoras o complicaciones en la salud del paciente. El paciente con VIH tiene que mantener una adherencia

mayor al 95% al mes, para tener una adecuada adherencia a su tratamiento con TAR ya que la replicación y la mutación del virus es extremadamente rápida, por ende, es menester decir que el sistema de salud, el personal y el paciente tengan accesibilidad al tratamiento, confidencialidad, atención integral entre otros factores que puedan mejorar la continuidad y adherencia al tratamiento del paciente. En caso contrario la no adherencia implicaría un incumplimiento de la toma o continuidad del tratamiento instaurado al paciente, esta falta de adherencia al tratamiento puede verse afectada por distintos factores que pueden presentar los pacientes, sistema de salud o el mismo tratamiento instaurado^{27,28}.

Los factores de riesgo según antecedentes y otros artículos de investigación tenemos los siguientes:

1. **Sexo:** se refiere a la condición orgánica, ya sea masculina o femenina de los humanos²⁹. Artículos relacionados en investigación de factores predisponentes a la no adherencia al tratamiento, refieren que el sexo masculino ha tenido una mayor prevalencia en la mayoría de los casos con mayor relación a la falta de adherencia. Un estudio realizado en el Hospital Carrión- Perú menciona que el sexo masculino tiene 16 veces más probabilidades de no adherencia a su tratamiento con $OR = 16.175$ y valor de $P=0.023$. Otro estudio realizado en Colombia menciona que del total de paciente no adherentes el 49.4% eran hombres y un 18.7% de mujeres. Otro estudio realizado en un Hospital en Perú menciona que el sexo masculino aumenta el riesgo de no adherencia en 2.73 veces^{8,12,14}.
2. **Nivel educativo:** Una investigación que se realizó en Cuba menciona que el nivel educativo bajo de los pacientes está relacionado como factor predisponente para la no adherencia al tratamiento ($OR>1$), además otro estudio menciona que su muestra con estudios de nivel básico mostró problemas en la adherencia a su tratamiento con TAR^{7,9}.

3. **Nivel económico:** Según Ipsos clasifica los niveles económicos en 5 categorías: NSE A (S/ 12.660), B (S/ 7.020), C (S/ 3.970), D (S/ 2.480) y E (S/ 1.300). Un estudio encontró que el nivel de ingresos bajos puede verse como factor predisponente para la no adherencia al tratamiento con TAR (OR=1.24). también otro estudio mencionó que el bajo ingreso económico puede ser una barrera para los pacientes tanto para conseguir la medicación como para poder acceder a consultas médicas lo cual implica en una clara alteración a la adherencia al su tratamiento^{6,7,30}.
4. **Efectos adversos medicamentosos:** un estudio realizado en el hospital Sergio Bernaldes- Perú, menciona que los efectos adversos se encuentran asociados a un mal compromiso en la toma del TAR con un (ORa= 4.24; IC: 1.66 – 10.83; p= 0.002). Otro estudio menciona también que los efectos adversos fue un factor significativo en una mala adherencia al tratamiento con TAR (OR > 1). Otro estudio realizado en Paraguay encontró que la falta de adherencia se vio asociado a los pacientes que presentaron efectos adversos (OR= 8.29). Otro estudio menciona que las reacciones adversas tuvieron una asociación significativa (OR=2.01)^{4,6,9,11}.
5. **Edad:** se define como el tiempo que ha vivido una persona. Con respecto a este factor se ha visto relacionado en un estudio que mientras mayor sea la edad del paciente disminuye la probabilidad de no ser adherente al tratamiento (OR=0.92). Otro estudio menciona que pacientes mujeres menores a 45 años presentaron una peor adherencia al tratamiento (OR=1.54) siendo las personas más jóvenes más propensos a tener una mala adherencia^{6,7,31}.
6. **Hábitos nocivos:** según un estudio realizado en Colombia menciona que los hábitos revisados en su estudio fueron el consumo de alcohol, tabaco y de sustancia psicoactivas, sin embargo, el consumo de sustancias se vio que tuvo una asociación entre la no adherencia al tratamiento (OR=1.49). Los otros dos hábitos nocivos no

tuvieron una asociación en su estudio. Una tesis realizada en Perú menciona que el consumo de alcohol se vio asociado (OR= 2.3)^{6,14}.

7. **Esquema TAR:** según los diferentes esquemas los pacientes pueden verse en la situación de tomar una pastilla al día a tomar varias pastillas, lo cual esto puede ocasionar una mala adherencia a su tratamiento, así como lo menciona un estudio, donde encontraron una asociación entre el esquema TAR y su adherencia (ORa= 2,40; IC 95 % de 1,25 - 4,61; p= 0,008)⁴.
8. **Depresión:** un estudio menciona que la depresión se vio asociado a una baja adherencia al TAR, sin embargo, otro estudio realizado en Perú menciona que tuvo una asociación significativa (ORa= 2,15; IC 95 %: 1,22 - 3,78; p= 0,008)^{4,6}.
9. **Carga viral:** la carga viral puede verse afectada por el nivel de compromiso al tratamiento del paciente. Un trabajo que se realizó en el hospital de la PNP en Perú menciona que la relación de la carga viral y la adherencia tiene una relación significativa, mientras el paciente tenga un alto grado de adherencia al tratamiento, se tendrá una menor carga viral. Otro estudio menciona que los pacientes que presentaron una carga viral detectable no tenían una adecuada adherencia que fue significativamente mayor a los resultados de pacientes con carga viral indetectable^{7,13}.

2.2.3. Adherencia al tratamiento.

La OMS precisa la adherencia como el nivel de compromiso de un paciente ante la toma del medicamento, recomendaciones, cambios en su modo de vida que hayan sido recomendadas por el personal capacitado. Una mala adherencia al tratamiento causa complicaciones médicas y psicosociales a los pacientes, reducen en consecuencia su calidad de vida, además, también generan una pérdida en los recursos del sistema de salud. Se ha visto que existen diferentes factores que alteren la adherencia al tratamiento, siendo principalmente las que se relacionan al paciente. La adherencia al tratamiento tiene 5 dimensiones que pueden modificar la calidad en

la adherencia del paciente tales como: factores relacionados con la enfermedad, relacionados con el tratamiento, socioeconómicos y relacionados con el sistema o equipo de asistencia sanitaria²⁸:

- a. **Factores socioeconómicos:** se ha visto que el nivel socioeconómico se da principalmente en países en vías de desarrollo, ya que los que tengan nivel económico bajo pueden priorizar las exigencias de otros miembros de su familia, además, el analfabetismo, desempleo, poco acceso a la salud, costos de medicación, cultura y creencias sobre el medicamento pueden alterar una adecuada adherencia al tratamiento e incluso el no tratamiento a la enfermedad.
- b. **Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria:** no hay suficientes investigaciones sobre este factor, sin embargo, una buena relación del paciente con el sistema de salud puede afectar la adherencia al tratamiento.
- c. **Factores relacionados con la enfermedad:** se observa que este factor se ve afectado a causa de la gravedad de la enfermedad y los síntomas del paciente, además de la capacidad de progresión de la enfermedad y la efectividad de los tratamientos disponibles. En caso del VIH se ha visto que la depresión, abuso de drogas, alcohol puede ser un modificador muy relevante para la adherencia.
- d. **Factores relacionados con el tratamiento:** el tratamiento del paciente como factor se debe principalmente a la complejidad a sus esquemas, además de su duración y efectos del medicamento al paciente como efectos secundarios.
- e. **Factores relacionados con el paciente:** el paciente puede afectar a su adherencia dependiendo del conocimiento, actitud, creencia, expectativa y percepciones que el paciente presente ante el tratamiento. Se encontró que los pacientes que tengan poca confianza al tratamiento suelen evitar adherirse adecuadamente a este, además, la falta

de conocimiento ante la gravedad de su enfermedad o la incredulidad ante el diagnóstico también afecta la adherencia.

2.3. Formulación de hipótesis.

2.3.1. Hipótesis general.

Hi. Se asocian estadísticamente los factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.

Ho. No se asocian estadísticamente los factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.

2.3.2. Hipótesis específicas.

- **Hi.** Los factores sociodemográficos se asocian estadísticamente a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.
- **Ho.** Los factores sociodemográficos NO se asocian estadísticamente a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.
- **Hi.** Los factores clínicos se asocian estadísticamente a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.
- **Ho.** Los factores clínicos NO se asocian estadísticamente a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.
- **Hi.** Los factores farmacológicos se asocian estadísticamente a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.

- **Ho.** Los factores farmacológicos NO se asocian estadísticamente a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación.

Se utilizó para esta tesis el método deductivo, debido a que este se basó en el razonamiento lógico, además, se enfocó en los aspectos clínicos, farmacológicos y sociodemográficos para evaluar si las variables se encuentran relacionadas.

3.2. Enfoque de la investigación.

La tesis tuvo el enfoque cuantitativo, dado que este se centró en las mediciones numéricas, empleando la observación y describiendo los datos recolectados, se utilizaron análisis estadísticos³².

3.3. Tipo de investigación.

La tesis fue de tipo Básica, debido a que este tuvo como característica la investigación única de fundamentos teóricos, profundizando en fines teóricos existentes e incrementando el conocimiento³³.

3.4. Diseño de la investigación.

3.4.1. Diseño.

El diseño del presente estudio fue No experimental, porque no hubo intervención ni manipulación de las variables estudiadas³².

3.4.2. Corte.

El corte fue de tipo transversal, porque el estudio recolectó y estudió la información de la población en un determinado instante del tiempo³².

3.4.3. Nivel o alcance.

Este estudio fue de nivel o alcance correlacional, porque dio a conocer cómo se comporta una variable en función a otra, determinando si existe alguna relación entre las variables estudiadas³².

3.5. Población, muestra y muestreo.

La población estuvo conformada por pacientes con VIH en tratamiento con TAR del CMI México, haciendo un total de 1537 para finales del 2024. La muestra de la investigación se determinó según los criterios de inclusión y exclusión del estudio:

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas debidamente llenadas y legibles de pacientes con tratamiento con cualquier esquema TAR del CMI México- Lima.
- Pacientes entre 18 a 65 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes nuevos o con tratamiento antirretroviral menor a 3 meses.
- Paciente con complicaciones que no le permita realizar la encuesta.

Para sacar el cálculo para elegir el tamaño de la muestra finita, fue necesario hacer uso de la fórmula para dicha muestra:

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

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1 - 0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso de utilizó 5%).

$$n = \frac{1537 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.05^2(1537 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95} = 69.72$$

De igual manera se utilizó la aplicación STATS en la versión 2.0 (programa de uso gratuito), obteniendo una muestra de 70 participantes (Anexo 9).

La técnica de muestreo aplicada fue muestra no probabilística, por conveniencia. La selección de la muestra se realizó mediante la aplicación de los instrumentos en los pacientes citados.

3.6. Variables y operacionalización.

1° Variable: Factores de Riesgo.

2° Variable: Adherencia al tratamiento con TAR.

3.6.1. Operacionalización de las variables.

Visualizar el Anexo 2.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.7.1. Técnica.

La técnica aplicada fue mediante una encuesta y una ficha de recolección que nos permitió recoger datos que fueron tomados a los pacientes seleccionados de forma presencial. Esta técnica estuvo compuesta por un listado de preguntas que fueron resueltas de forma anónima y por escrito, además, se hizo uso de las historias clínicas de los participantes para la búsqueda de información pertinente³⁴.

3.7.2. Descripción de instrumentos.

Un instrumento usado para la medición es aquel recurso que se usa por un investigador el cual le ayuda a registrar la información o los datos de las variables a investigar³².

a. **Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH):**

Este instrumento fue creado por Eduardo Remor en España 2002, la adaptación para la población en Perú fue realizado por Tafur-Valderrama E., Et al, 2008, este cuestionario está compuesto por 20 ítems que evalúa la adherencia general desde el inicio del tratamiento, adherencia al horario de la toma, valora el grado de adherencia y el recuerdo de los medicamentos tomados. Este instrumento se mide por puntaje, donde el puntaje mínimo obtenido es de 17 y el máximo es de 89 puntos, este cuestionario clasifica al paciente en 4 niveles de adherencia: una baja adherencia se considera si es menor a 73 puntos, una adherencia insuficiente se obtiene con un puntaje entre 74 a 80, la adherencia adecuada se ve entre 81 a 85 puntos y una adherencia estricta es un puntaje mayor a 85 puntos. Dentro de las dimensiones para evaluar el nivel de adherencia tenemos³⁵:

- Cumplimiento al tratamiento (1, 2, 3, 4) → puntaje máximo 18
- Antecedentes de falta de adherencia (5, 6) → puntaje máximo 15

- Interacción con el medico (7, 8, 9, 10, 11) → puntaje máximo 10
- Creencia del paciente (12, 13, 14, 15, 16, 17, 18) → puntaje máximo 45
- Estrategia para la toma del TARGA (19, 20) → puntaje máximo 1

Este cuestionario ha sido diseñado para medir que nivel de adhesión al TAR tienen los participantes mediante sus 5 dimensiones, la aplicación del cuestionario es para mayores de 18 años, con una duración media de 15 minutos aproximadamente y que cuenten con al menos 3 meses de tratamiento antirretroviral.

3.7.3. Validación y confiabilidad.

a. Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH):

Un estudio realizado por Tafur-Valderrama E., Et al, 2008, con el objetivo de hacer una adaptación y hacer valido el uso del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)” en la población peruana, el estudio estuvo conformado por un total de 41 personas que han sido infectados con VIH y SIDA con una edad ≥ 18 años y que cuenten con tratamiento antirretroviral. El estudio determinó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.706 siendo aceptable para su uso en la investigación³⁵.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.

Una vez obtenidos los datos, fue necesario realizar el procesamiento y análisis de estos. Los datos obtenidos fueron transcritos al programa Excel v2408 donde fueron verificados y posteriormente pasados al programa de estadística SPSS en la versión 30 (versión de prueba sin costo), donde se comprobó de que no exista error en el llenado de la matriz. Para el análisis inferencial de los datos fue necesario usar la prueba de chi cuadrado ya que es un método estadístico no paramétrico, el cual nos permitió medir dos variables cualitativas 1. (Adherencia al tratamiento) 2. (Edad, Sexo, Nivel educativo, Nivel económico, Hábitos nocivos, Depresión,

Carga viral, Esquema TAR y Efectos adversos a medicamentos). Se realizó la prueba de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov* para las variables considerando que si $p < 0.05$ la distribución es asimétrica (anormal), si $p > 0.05$ es de distribución simétrica (normal). Se aplicó la regresión logística multinomial para estimar la relación entre ambas variables, además, la bondad de ajuste se midió por medio del uso de R^2 . Se calcularon el Odds Ratio (OR) para el análisis de causalidad, donde un valor mayor que 1 se considera como factor de riesgo, menor a 1 es factor protector y con un intervalo de confianza (95%) con un $p < 0.05$ ³².

3.9. Aspectos éticos.

En la investigación fue necesario del permiso del centro de atención participante, así como su Dirección de Redes integradas de Salud Lima Norte (DIRIS LN) respectiva, para poder aplicar el estudio en los pacientes y la recolección de datos complementarios mediante sus historias clínicas, además, se otorgó el consentimiento informado a los participantes, para aprobar o desaprobar su participación en el estudio.

Para el estudio se hizo uso de los 4 principios de bioética: principio de autonomía, principio de beneficencia, principio de no maleficencia y principio de justicia.

Principio de autonomía:

El presente estudio respetó la decisión de los participantes (pacientes) mediante el uso del consentimiento informado que fue distribuido a cada participante seleccionado, además, los datos de cada participante fueron totalmente confidenciales. Por tal motivo el estudio no infringió en el principio de autonomía.

Principio de beneficencia:

La investigación beneficia a los participantes, institución y autoridades pertinentes, porque sabiendo los factores que pueden ser determinantes con un bajo nivel de adhesión al

TAR, el personal de salud, así como los directivos pueden plantear estrategias que reduzcan los factores encontrados.

Principio de no maleficencia:

La investigación no pretende causar algún daño o lesión a los participantes, el trabajo consistió en llenar una serie de preguntas, la cual no afecta a la integridad del participante.

Principio de justicia:

En toda intervención del estudio se respetó la igualdad para todos los participantes sin excepción, se les trató con respeto y no hubo discriminación.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados.

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes evaluados en el CMI-México.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		N	% DEL TOTAL
EDAD	JOVEN (18 - 29 años)	19	27.10%
	ADULTO (30 - 59 años)	49	70%
	ADULTO MAYOR (> 60 años)	2	2.90%
	TOTAL	70	100%
SEXO	MASCULINO	65	92.90%
	FEMENINO	5	7.10%
	TOTAL	70	100%
NIVEL EDUCATIVO	SIN ESTUDIOS	0	0%
	PRIMARIA	1	1.40%
	SECUNDARIA	39	55.70%
	SUPERIOR	30	42.90%
	TOTAL	70	100%
NIVEL ECONÓMICO	NSE-E	50	71.40%
	NSE-D	13	18.60%
	NSE-C	4	5.70%
	NSE-B	0	0%
	NSE-A	3	4.30%

TOTAL		70	100%
HÁBITOS NOCIVOS	TABACO	23	32.90%
	ALCOHOL	45	64.30%
	SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	11	15.70%
	NINGUNO	22	31.40%

Los resultados observados en la tabla 1 fueron los factores sociodemográficos de los pacientes evaluados en el CMI-México. Se obtuvo que la edad con mayor grupo de pacientes se ubicaba entre los 30 a 59 años (70%). Con respecto a la distribución del sexo se observó que el sexo masculino representó una mayor cantidad de pacientes siendo de 65 participantes (92.9%). El nivel educativo tuvo una predominancia en pacientes que tenían solo secundaria completa (55.7%), seguido del nivel educativo superior donde hubo una cantidad de 30 participantes (42.9%). En el nivel económico se apreció que la mayor parte de la distribución se encontraba en el nivel E (71.4%) siendo un ingreso promedio mensual de 1.300 soles peruanos, por último, los hábitos nocivos que tuvieron una mayor predominancia fue el consumo de alcohol con 45 participantes, seguido del consumo de tabaco con 23 participantes, el consumo de sustancias psicoactivas tuvo un total de 11 participantes y los que no tuvieron ningún hábito nocivo fueron de 22 participantes.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes evaluados del CMI-México.

FACTORES CLÍNICOS		N	% DEL TOTAL
DEPRESIÓN	SI	35	50.00%
	NO	35	50.00%
	TOTAL	70	100%
CARGA VIRAL	DETECTABLE	14	20%
	INDETECTABLE	56	80%
	TOTAL	70	100%

En la tabla 2 se observó la distribución de los pacientes con características clínicas como depresión y carga viral, donde 35 fueron los participantes que presentaban depresión (50%), siendo la mitad de los pacientes evaluados. En caso de la carga viral se observó mayor predominancia de pacientes que presentaron una carga viral indetectable donde hubo 56 participantes (80%).

Tabla 3. Características farmacológicas de los pacientes evaluados del CMI-México.

FACTORES FARMACOLÓGICOS		N	% DEL TOTAL
ESQUEMA TAR	1 PASTILLA DIARIA	66	94.30%
	2 PASTILLAS DIARIAS	4	5.70%
	4 PASTILLAS DIARIAS	0	0%
	5 PASTILLAS DIARIAS	0	0%
	7 PASTILLAS DIARIAS	0	0%
	TOTAL	70	100%
EFECTOS ADVERSOS MEDICAMENTOSOS	SI	10	14.30%
	NO	60	85.70%
	TOTAL	70	100%

En la tabla 3 se observó que la distribución de los pacientes con esquema TAR de una pastilla diaria tuvo una mayoría con el 94.3% de los pacientes evaluados, mientras que los esquemas de 4, 5 y 7 pastillas diarias no fueron encontradas en el estudio. En caso de los efectos adversos por los medicamentos se vio que el 85.7% de pacientes no presentaron ninguna molestia en la toma de su medicación TAR.

Tabla 4. Nivel de adherencia de los pacientes al tratamiento con TAR.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TAR	N	% DEL TOTAL
BAJA ADHERENCIA	18	25.70%
ADHERENCIA INSUFICIENTE	37	52.90%
ADHERENCIA ADECUADA	14	20%
ADHERENCIA ESTRICTA	1	1.40%
TOTAL	70	100%

En la tabla 4 se observó que la mayoría de los pacientes fue de un 52.9% que se encontraban con un nivel de adherencia insuficiente, seguido por una baja adherencia con un 25.7% de los participantes, mientras que el nivel de adherencia adecuada se observó un 20% y por último la adherencia estricta con un 1.4% de los participantes.

4.1.2. Prueba de las hipótesis.

La respuesta al objetivo general será realizada por medio de la elaboración de los objetivos específicos.

Tabla 5. Prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov.

PRUEBA DE NORMALIDAD KOLMOGOROV-SMIRNOV			
	Estadístico	gl	Sig.
Joven	0.456	70	<.001
Adulto	0.442	70	<.001
Adulto mayor	0.539	70	<.001
Sexo	0.537	70	<.001
Sin estudios	.	70	.
Primaria	0.533	70	<.001
Secundaria	0.369	70	<.001
Superior	0.376	70	<.001
NSE-E	0.449	70	<.001
NSE-D	0.497	70	<.001
NSE-C	0.539	70	<.001
NSE-B	.	70	.
NSE-A	0.54	70	<.001
Tabaco	0.428	70	<.001
Alcohol	0.413	70	<.001
Sustancias psicoactivas	0.509	70	<.001
Ningún hábito nocivo	0.435	70	<.001
Carga viral	0.49	70	<.001
Depresión	0.34	70	<.001
Esquema TAR	0.539	70	<.001
Efectos adversos	0.515	70	<.001
Adherencia baja	0.463	70	<.001
Adherencia insuficiente	0.354	70	<.001
Adherencia adecuada	0.49	70	<.001
Adherencia estricta	0.533	70	<.001

En la tabla 5 se observó que dentro de la prueba de normalidad de *Kolmogorov- Smirnov*, se obtuvo una $p < 0.05$ donde se menciona que las variables tienen una distribución asimétrica o anormal, por lo tanto, se confirma el uso de pruebas no paramétricas para su análisis.

Tabla 6. Información de ajuste de los modelos.

Modelo	Criterios de ajuste de modelo	Pruebas de la razón de verosimilitud			Pseudo R cuadrado		
	Logaritmo de la verosimilitud -2	Chi-cuadrado	gl	Sig.	Cox y Snell	Nagelkerke	McFadden
Sólo intersección	143.278				0.591	0.670	0.418
Final	80.684	62.594	39	0.010			

Tabla 7. Bondad de ajuste.

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Pearson	87.522	144	1.000
Desviación	75.950	144	1.000

En la tabla 6 se observó que el valor de la significancia de $p = 0.010$, siendo menor al valor $p < 0.05$, por lo que se puede usar el modelo de regresión multinomial. En la tabla 7 se puede observar que la significancia en el chi de Pearson y la desviación es $p > 0.05$ por lo que el modelo se ajusta correctamente.

Tabla 8. Relación entre la edad y la adherencia al TAR.

EDAD		ADHERENCIA			
		Baja adherencia	Adherencia insuficiente	Adherencia adecuada	Adherencia estricta
	N	4	11	4	0
Joven (18 - 29 años)	% del total	5.7%	15.7%	5.7%	0.0%
	Chi2	0.297	0.266	0.018	0.378
	Sig.	0.586	0.606	0.893	0.539

	OR	0.705	1.322	1.093	1.02
IC 95%	Límite inferior	0.199	0.457	0.297	0.981
	Límite superior	2.492	3.829	4.018	1.06
Adulto (30 - 59 años)	N	13	25	10	1
	% del total	18.6%	35.7%	14.3%	1.4%
	Chi2	0.057	0.221	0.017	0.435
	Sig.	0.811	0.638	0.896	0.51
	OR	1.156	0.781	1.09	0.98
IC 95%	Límite inferior	0.352	0.279	0.299	0.941
	Límite superior	3.79	2.188	3.966	1.02
Adulto Mayor (> 60 años)	N	1	1	0	0
	% del total	1.4%	1.4%	0.0%	0.0%
	Chi2	0.636	0.007	0.52	0.03
	Sig.	0.425	0.935	0.47	0.86
	OR	3.00	0.889	1.259	1.015
IC 95%	Límite inferior	0.178	0.053	1.116	0.986
	Límite superior	50.615	14.8	1.421	1.045

En la tabla 8 se observó que la adherencia insuficiente mantiene un porcentaje superior de pacientes con edades entre 30 a 59 años y 18 a 29 años, donde se vio el 35.7% y el 15.7% respectivamente, en caso de los adultos mayores solo se tuvo una representación de 1.4% en baja adherencia y adherencia insuficiente. El análisis estadístico no reveló una relación con significancia entre las variables de edad y adherencia al tratamiento obteniendo un $p > 0.05$ en cada variable.

Tabla 9. Relación entre el sexo y la adherencia al tratamiento TAR.

SEXO		ADHERENCIA			
		Baja adherencia	Adherencia insuficiente	Adherencia adecuada	Adherencia estricta
Masculino	N	17	35	12	1
	% del total	24.3%	50.0%	17.1%	1.4%
	Chi2	0.092	0.357	1.346	0.078
	Sig.	0.762	0.550	0.246	0.780
	OR	1.417	1.750	0.340	0.985
IC 95%	Límite inferior	0.148	0.274	0.051	0.955
	Límite superior	13.577	11.179	2.261	1.015
Femenino	N	1	2	2	0
	% del total	1.4%	2.9%	2.9%	0.0%
	Chi2	0.092	0.357	1.346	0.078
	Sig.	0.762	0.550	0.246	0.780
	OR	1.417	1.750	0.340	0.985
IC 95%	Límite inferior	0.148	0.274	0.051	0.955
	Límite superior	13.577	11.179	2.261	1.015

En la tabla 9 se observó que el sexo masculino tuvo una mayor proporción de participantes en comparación de las mujeres, siendo el mayor porcentaje en pacientes con adherencia insuficiente seguido de baja adherencia con un 50% y un 24.3% respectivamente. El análisis estadístico de chi cuadrado no mostró significancia entre las variables sexo y la adherencia al tratamiento teniendo un $p > 0.05$.

Tabla 10. Relación entre nivel educativo y la adherencia al tratamiento TAR.

NIVEL EDUCATIVO	ADHERENCIA				
		Baja adherencia	Adherencia insuficiente	Adherencia adecuada	Adherencia estricta
Primaria	N	0	0	1	0
	% del total	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%
	Chi2	0.351	1.137	4.058	0.015
	Sig.	0.553	0.286	0.044	0.903
	OR	1.353	2.156	5.308	1.015
IC 95%	Límite inferior	1.176	1.673	3.253	0.986
	Límite superior	1.557	2.779	8.661	1.044
Secundaria	N	13	17	8	1
	% del total	18.6%	24.3%	11.4%	1.4%
	Chi2	2.676	0.081	0.014	0.806
	Sig.	0.102	3.035	0.904	0.369
	OR	2.600	0.425	1.075	0.974
IC 95%	Límite inferior	0.810	0.161	0.330	0.926
	Límite superior	8.343	1.122	3.508	1.025
Superior	N	5	20	5	0
	% del total	7.1%	28.6%	7.1%	0.0%
	Chi2	2.250	4.018	0.365	0.761
	Sig.	0.134	0.045	0.546	0.383
	OR	0.415	2.706	0.689	1.026
IC 95%	Límite inferior	0.129	1.011	0.205	0.976
	Límite superior	1.333	7.242	2.318	1.078

La tabla 10 evidenció que la mayor proporción de encuestados se encontró en el nivel superior en la adherencia insuficiente, seguido del nivel secundaria para la adherencia

insuficiente con un 28.6% y 24.3% respectivamente. El análisis estadístico realizado muestra que la variable de educación superior fue un factor de riesgo para una adherencia insuficiente (OR:2.706 IC 95% [1.011 – 7.242]; p=0.045). por otro lado, se observó que el nivel primario fue un factor para una adherencia adecuada (OR:5.308 IC 95% [3.253 – 8.661] p = 0.044).

Tabla 11. Relación entre el nivel económico y la adherencia al TAR.

NIVEL ECONÓMICO		ADHERENCIA			
		Baja adherencia	Adherencia insuficiente	Adherencia adecuada	Adherencia estricta
Económico - E	N	11	27	11	1
	% del total	15.7%	38.6%	15.7%	1.4%
	Chi2	1.264	0.092	0.438	0.406
	Sig.	0.261	0.762	0.508	0.524
	OR	0.524	1.174	1.598	0.98
IC 95%	Límite inferior	0.168	0.416	0.395	0.942
	Límite superior	1.632	3.315	6.468	1.020
Económico - D	N	3	8	2	0
	% del total	4.3%	11.4%	2.9%	0.0%
	Chi2	0.058	0.483	0.213	0.231
	Sig.	0.809	0.487	0.645	0.631
	OR	0.840	1.545	0.682	1.018
IC 95%	Límite inferior	0.203	0.451	0.133	0.983
	Límite superior	3.47	5.296	3.500	1.054
Económico - C	N	1	2	1	0
	% del total	1.4%	2.9%	1.4%	0.0%
	Chi2	0.001	0.014	0.066	0.061
	Sig.	0.973	0.906	0.797	0.804
	OR	0.961	0.886	1.359	1.015
IC 95%	Límite inferior	0.094	0.118	0.131	0.985

	Límite superior	9.869	6.668	14.151	1.046
	N	3	0	0	0
Nivel Económico - A	% del total	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%
	Chi2	9.055	3.514	0.784	0.045
	Sig.	0.003	0.061	0.376	0.831
	OR	4.467	2.233	1.264	1.015
IC 95%	Límite inferior	2.860	1.712	1.118	0.986
	Límite superior	6.976	2.914	1.430	1.046

En la tabla 11 se observó que el nivel económico E tuvo una mayor proporción en todos los niveles de adherencia al TAR, siendo la adherencia insuficiente el de mayor cantidad con un 38.6%. En el análisis estadístico se obtuvo que el nivel económico A es 4.4 ($p=0.003$) IC 95% [2.860 – 6.976] de tener más riesgo a una baja adherencia al tratamiento TAR.

Tabla 12. Relación entre hábitos nocivos y adherencia al TAR.

HÁBITOS NOCIVOS		ADHERENCIA				
		Baja adherencia	Adherencia insuficiente	Adherencia adecuada	Adherencia estricta	
Tabaco	SI	N	6	14	3	0
		% del total	8.6%	20.0%	4.3%	0.0%
	NO	N	12	23	11	1
		% del total	17.1%	32.9%	15.7%	1.4%
	IC 95%	Chi2	0.002	0.883	1.036	0.481
		Sig.	0.960	0.348	0.309	0.496
		OR	10.29	1.623	0.491	1.022
		Límite inferior	0.330	0.589	0.122	0.980
	Límite superior	3.214	4.475	1.968	1.066	
	Alcohol	SI	N	13	27	5
% del total			18.60%	38.60%	7.10%	0.00%

	NO	N	5	10	9	1
		% del total	7.10%	14.30%	12.90%	1.40%
		Chi2	0.665	2.580	6.222	1.826
		Sig.	0.415	0.108	0.103	0.177
		OR	1.625	2.250	0.222	1.042
	IC 95%	Límite inferior	0.503	0.829	0.064	0.962
		Límite superior	5.251	6.104	0.766	1.128
	SI	N	7	3	1	0
		% del total	10.0%	4.3%	1.4%	0.0%
Sustancias psicoactivas	NO	N	11	34	13	1
		% del total	15.7%	48.6%	18.6%	1.4%
		Chi2	9.825	3.428	0.971	0.189
		Sig.	0.002	0.064	0.324	0.664
		OR	7.636	0.276	0.354	1.017
		Límite inferior	1.898	0.066	0.041	0.984
	IC 95%	Límite superior	30.728	1.145	3.025	1.052
		SI	N	4	8	9
		% del total	5.7%	11.4%	12.9%	1.4%
Ningún hábito nocivo	NO	N	14	29	5	0
		% del total	20.0%	41.4%	7.1%	0.0%
		Chi2	0.953	3.503	8.767	2.213
		Sig.	0.329	0.061	0.003	0.137
		OR	0.540	0.374	5.954	0.955
		Límite inferior	0.155	0.132	1.694	0.871
	IC 95%	Límite superior	1.883	1.063	20.926	1.046

En la tabla 12 se observó que la mayor proporción de participantes consumen alcohol y consumen tabaco con un 38.6% y un 20% respectivamente para una adherencia insuficiente, para las sustancias psicoactivas tuvieron un 10% de participantes que consumieron para una baja adherencia y los pacientes que no tenían ningún hábito nocivo fue en mayor proporción para los que presentaron una adherencia adecuada en un 12.9%. En el análisis estadístico se

observó que el consumo de sustancias psicoactivas es un factor de riesgo para una baja adherencia al tratamiento con (OR:7.63 IC 95% [1.89 – 30.72]; $p=0.002$), además, el no tener ningún habito nocivo fue un factor significativo para una adherencia adecuada (OR:5.95 IC 95% [1.69 – 20.92]; $p=0.003$).

Tabla 13. Relación entre factores clínicos y adherencia al TAR.

FACTORES CLÍNICOS			ADHERENCIA			
			Baja adherencia	Adherencia insuficiente	Adherencia adecuada	Adherencia estricta
Depresión	SI	N	12	17	6	0
		% del total	17.1%	24.3%	8.6%	0.0%
	NO	N	6	20	8	1
		% del total	8.6%	28.6%	11.4%	1.4%
	IC 95%	Chi2	2.692	0.516	0.357	1.014
		Sig.	0.101	0.413	0.550	0.314
		OR	2.522	0.708	0.698	1.029
	IC 95%	Límite inferior	0.821	0.276	0.24	0.973
		Límite superior	7.748	1.817	2.275	1.090
	Carga viral	DETECTA BLE	N	5	5	4
% del total			7.1%	7.1%	5.7%	0.0%
INDETEC TABLE		N	13	32	10	1
		% del total	18.6%	45.7%	14.3%	1.4%
IC 95%		Chi2	0.916	2.064	0.804	0.254
		Sig.	0.338	0.151	0.370	0.615
		OR	1.838	0.417	1.840	1.018
IC 95%		Límite inferior	0.523	0.124	0.479	0.983
		Límite superior	6.459	1.404	7.071	1.055

En la tabla 13 se contempló una proporción superior en la adherencia insuficiente en caso de pacientes con depresión con un 24.3% seguido de 17.1% en una baja adherencia, en caso de los pacientes sin depresión se encontró un 28.6% en la adherencia insuficiente. La variable carga viral obtuvo un mayor porcentaje de pacientes con resultados indetectables con un 45.7% para adherencia insuficiente seguido de un 18.6% para una baja adherencia. Para el análisis estadístico no se encontró un valor significativo para las variables depresión y carga viral.

Tabla 14. Relación entre factores farmacológicos y la adherencia al TAR.

FACTORES FARMACOLOGICOS			ADHERENCIA			
			Baja adherencia	Adherencia insuficiente	Adherencia adecuada	Adherencia estricta
Esquema TAR	1 PASTILLA	N	16	35	14	1
		% del total	22.9%	50.0%	20.0%	1.4%
	2 PASTILLAS	N	2	2	0	0
		% del total	2.9%	2.9%	0.0%	0.0%
		Chi2	1.310	0.014	1.061	0.061
		Sig.	0.252	0.906	0.303	0.804
		OR	0.320	1.129	0.788	0.985
	IC 95%	Límite inferior	0.042	0.150	0.695	0.956
		Límite superior	2.459	8.500	0.893	1.015
	Efectos adversos	SI	N	4	6	0
% del total			5.7%	8.6%	0.0%	0.0%
NO		N	14	31	14	1
		% del total	20.0%	44.3%	20.0%	1.4%
		Chi2	1.246	0.239	2.917	0.169
		Sig.	0.264	0.625	0.088	0.681
	OR	2.190	1.403	1.304	1.017	

IC 95%	Límite inferior	0.540	0.359	1.134	0.984
	Límite superior	8.878	5.482	1.500	1.051

En la tabla 14 se observó que la variable esquema TAR tuvo mayor cantidad de participantes en 1 pastilla diaria con el 50% en adherencia insuficiente seguido de un 22.9% para baja adherencia. En la variable efectos adversos se vio una mayor proporción de participantes que no lo presentaban con un 44.3% para adherencia insuficiente. El análisis estadístico no mostró resultados significativos para las variables esquema TAR y efectos adversos.

4.1.3. Discusión de resultados.

Los análisis demostrados relevantes en la asociación entre los factores sociodemográficos y la adherencia al TAR revelaron que la edad si bien se vio con predominancia en los participantes entre 30 a 59 años (70%), no se ha visto que sea un factor de riesgo que pueda afectar la adherencia al tratamiento con TAR a diferencia de Arrieta, et al. (6) donde menciona que una edad inferior de 45 años fue vista como factor de riesgo que se asocia a la no adherencia al TAR, al igual que Peña, et al. (7) donde menciona que las mujeres participantes que tenían mayor edad se asociaba a una no adherencia al tratamiento. Con respecto al sexo se vio que la mayor proporción se encontró en el sexo masculino (92.9%) siendo predominantemente pacientes que presentaron una adherencia insuficiente, de igual forma no se ha visto que el sexo sea factor asociado a la no adherencia al TAR, a diferencia de Piñas, et al. (14), que menciona que el sexo masculino tiene 2.73 veces más riesgo de no cumplir con el TAR, al igual que Barrera, et al. (12), donde mencionan que el sexo masculino se ve relacionado a no cumplir con su tratamiento. El nivel educativo tuvo una mayor predominancia en el estudio secundario

(55.7%) siendo participantes que en su mayoría obtuvieron resultados de adherencia insuficiente, en el caso de nivel educativo superior se vio que fue un factor de riesgo para una adherencia insuficiente en los participantes a diferencia de Pérez, et al. (9) y Peña, et al. (7) donde obtuvieron que un nivel educativo bajo se ve asociado a una mala adherencia al tratamiento antirretroviral. Respecto al nivel económico se vio que hubo una mayor proporción en el nivel económico E (71.4%), sin embargo, el nivel económico A se vio como asociación significativa para una baja adherencia al TAR, difiriendo los resultados con Sánchez, et al. (7) y Arrieta, et al. (6) que argumentan que al tener un ingreso económico bajo se ve mayor significancia a una mala adherencia. Los hábitos nocivos obtuvieron que la mayoría de participantes consumían alcohol (64.3%) seguido del consumo del tabaco (32.9%), sin embargo, el consumo de sustancias psicoactivas se vio asociado significativamente a una baja adherencia en concordancia con Arrieta, et al. (6), donde el consumo de sustancias psicoactivas son un factor asociado a una mala adherencia al TAR, sin embargo, Piñas, et al. (14) menciona que el consumo de alcohol se vio asociado a una mala adherencia al TAR y en nuestro estudio mostró que los pacientes que no tuvieron ningún hábito nocivo presentaron una asociación significativa para una adherencia adecuada.

Los factores clínicos y la relación con la adherencia al TAR con respecto a la depresión se vio que la mitad de los participantes la presentaron (50%), mientras que la carga viral fue en su mayoría de carga indetectable (80%). Los resultados de los análisis mostraron que la depresión y la carga viral no tuvieron una asociación significativa con la adherencia al TAR, a diferencia de los estudios por Vargas, et al. (4) y Arrieta, et al. (6) que mencionan que los pacientes con depresión tenían una asociación significativa con una mala adherencia al tratamiento con TAR. La carga viral para este estudio no demostró ser un factor significativo para la mala adherencia al TAR a diferencia de los estudios realizados por Orellana, et al. (13) y Peña, et al. (7) que

demonstraron que existe una asociación significativa, mencionando que al tener un valor indetectable ocasionaba que los pacientes tengan una mejor adherencia al TAR.

Los factores farmacológicos y la relación con la adherencia al TAR no se observó que tenga una asociación significativa, el esquema TAR mostró que la proporción de participantes se concentraba en aquellos que tomaban una pastilla diaria (94.3%), sin embargo, Vargas, et al. (4) mencionaron que el esquema TAR se vio asociado significativamente con la adherencia. Los efectos adversos a los medicamentos que se vieron en el estudio tan solo fueron representados por el 14.3% de participantes, los cuales no tuvieron una asociación significativa para la adherencia al TAR, lo cual hace distinción a estudios realizados por Vargas, et al. (4), Arrieta, et al. (6), Pérez, et al. (9) y Urizar, et al. (11) los cuales mencionan que al presentar efectos adversos del medicamento se asocia significativamente a un mal compromiso en la adherencia al TAR.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

- Se concluyó como único factor asociado significativamente al factor sociodemográfico a una mala adherencia al manejo con antirretrovirales en pacientes con infección de VIH atendidos en el CMI México, 2024.
- Los factores sociodemográficos demostraron tener una asociación significativa con una mala adherencia al tratamiento TAR siendo el nivel educativo superior estadísticamente significativo ($p=0.045$), nivel económico A ($p=0.003$) y sustancias psicoactivas ($p=0.002$) en pacientes con VIH atendidos en el CMI México, 2024.
- Los factores clínicos no demostraron tener una asociación significativa con una mala adherencia al tratamiento TAR, obteniendo un ($p > 0.05$) en pacientes con VIH atendidos en el CMI México, 2024.
- Los factores farmacológicos no demostraron tener una asociación significativa con una mala adherencia al tratamiento TAR, teniendo un ($p > 0.05$) en pacientes con VIH atendidos en el CMI México, 2024.

5.2. Recomendaciones.

- Elaborar en futuras investigaciones estudios de tipo longitudinal que permitan hacer seguimiento a largo plazo de la muestra, para evaluar los cambios del contexto de los participantes y así poder determinar la causalidad de los factores encontrados con la mala adherencia al TAR.
- Complementar estudios con más instrumentos de recolección de datos que permitan supervisar las respuestas dadas por los participantes para tener la menor probabilidad de sesgo en los datos obtenidos y mejorar la representatividad contextual de la población.
- Implementar herramientas que puedan mejorar el acceso a la población para poder realizar estudios con un muestreo que permita a cada paciente tener la misma opción de participar en la investigación y así garantizar una mejor representación de la población a estudiar.
- Incentivar a futuras investigaciones a extrapolar el objetivo de estudio a diversos tipos de centros de salud, para poder tener resultados acertados en poblaciones en situaciones contextuales diferentes. Mejorando así la identificación de factores más prevalentes en los pacientes VIH.

REFERENCIAS

1. Esteban CS. VIH: Infección aguda, pesquisa y manejo. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de mayo de 2014;25(3):419-24.
2. VIH y sida [Internet]. [citado 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación epidemiológica del VIH - sida en el Perú; junio de 2024 [Internet]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/vih-sida/vih-sida_20246_16_153419.pdf
4. Vargas Galindo D, Alburquerque-Melgarejo J, Roque-Quezada J, Virú-Flores H, Salcedo Davila E, Nieves Cordova L. Rev Cubana Med Milit. 2023 [citado 26 de agosto de 2024]. Factores asociados a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivo | Revista Cubana de Medicina Militar. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2697/2238>
5. Terapia Antirretroviral - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2019 [citado 28 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/terapia-antirretroviral>
6. Arrieta Martinez J, Et al. Farmacia Hospitalaria. 2022 [citado 26 de agosto de 2024]. Factores relacionados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH/sida. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432022000600002

7. Sánchez Peña S, Bravo M del MP, Tomás MÁC, Almansa-Martínez P, Guillen CP, Jiménez-Ruiz I. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. *Enferm Glob.* 1 de abril de 2021;20(2):1-34.
8. Reyes Ríos LÁ, Campo Torregroza E, Espinosa Aguilar A, Granados Pérez A, Gil Ruiz ID, Reyes Ríos LÁ, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/sida de la región Caribe - colombiano. *Rev Cuba Hig Epidemiol [Internet]*. 2020 [citado 5 de septiembre de 2024];57. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-30032020000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Pérez Bastán JE, Viana Castaño LF, Pérez Bastán JE, Viana Castaño LF. Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/sida. *Rev Cubana Med Trop [Internet]*. agosto de 2020 [citado 10 de septiembre de 2024];72(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0375-07602020000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Clara Notario Dongil, Teresa Gómez Lluch, Alejandro Marcos de La Torre, Beatriz Proy Vega. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH – Revista Multidisciplinar del Sida [Internet]. 2022 [citado 9 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/download/adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-en-pacientes-vih/>
11. Urizar CA, Jarolin-Montiel M, Ayala-Servin N, Centurión-Wenninge C, Montiel-Garcete D. Factores Asociados a La No Adherencia Del Tratamiento Antirretroviral En Pacientes Con Vih En Un Hospital De Paraguay. *Rev Científica Cienc Médica.* 2020;23(2):166-74.

12. Universidad Nacional del Centro del Perú. Facultad de Enfermería. Huancayo, Junín, Perú. Licenciado en Enfermería, Magíster en Salud Pública, Barrera-Espinoza RW, Gómez-Gonzales WE, Universidad Privada San Juan Bautista. Escuela Profesional de Medicina Humana. Lima, Perú. Licenciado en Enfermería, Doctor en Ciencias de la Salud, Girón-Vargas A, Universidad Nacional del Centro del Perú. Facultad de Enfermería. Huancayo, Junín, Perú. Licenciado en Enfermería, Doctora en Salud Pública, et al. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. Horiz Méd Lima. 30 de diciembre de 2021;21(4):e1498.
13. FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TARGA, EN PACIENTES CON VIH/SIDA EN EL HOSPITAL CENTRAL PNP “LUIS N. SAENZ” EN LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2015. Rev Fac Med Humana. 10 de enero de 2019;19(1):1-5.
14. Piñas Baldeon DR, Rivera Pizarro G. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-Sida en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo- 2023. 2023 [citado 9 de octubre de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/9396>
15. Mejia Copaja Monica. FACTORES ASOCIADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN 2021 [Internet]. UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA; 2022. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/2543>
16. Claros Manotupa JL. Factores de riesgo relacionados al fracaso en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-sida Hogar San Camilo 2017. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2020 [citado 18 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4565>

17. Carrillo Maravilla E, Villegas Jiménez A. El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del SIDA. *Rev Investig Clínica*. abril de 2004;56(2):130-3.
18. Santana A, Domínguez C, Lemes A, Molero T, Salido E. Biología celular y molecular del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Rev Diagnóstico Biológico*. marzo de 2003;52(1):07-18.
19. Delgado R. Características virológicas del VIH. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 1 de enero de 2010;29(1):58-65.
20. Castillo L, Antonio J. Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*. julio de 2014;18(7):993-1013.
21. MINSA. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO CON INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) [Internet]. 2018. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>
22. Miranda Ulloa EF, Romero Ruiz S, Amorín Uscata B, Serrano Segura K, Briceño Espinoza R, Cárdenas Bustamante F. Standardization and validation of a western blot for the diagnosis of human immunodeficiency virus. *Rev Fac Med Humana*. 23 de septiembre de 2021;21(4):674-81.
23. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. FÁRMACOS QUE COMBATEN EL VIH. 2023;
24. Definición de factor de riesgo - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado 14 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/factor-de-riesgo>

25. INE [Internet]. [citado 14 de septiembre de 2024]. Glosario de Conceptos. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4583>
26. EUPATI Toolbox [Internet]. 2015 [citado 14 de septiembre de 2024]. Factores de riesgo en la salud y la enfermedad. Disponible en: <https://toolbox.eupati.eu/resources/factores-de-riesgo-en-la-salud-y-la-enfermedad/?lang=es>
27. Galindo DDV, Alburquerque-Melgarejo J, Roque-Quezada JC, Virú-Flores HM, Davila ES, Cordova LEN. Factores asociados a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivo. *Rev Cuba Med Mil.* 27 de octubre de 2023;52(4):02302697.
28. E. Sabaté, Organización Mundial de la Salud/OMS. Pan American Health Organization (PAHO). 2004 [citado 19 de septiembre de 2024]. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Disponible en: <https://www3.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nc-adherencia.htm>
29. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 11 de septiembre de 2024]. sexo | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
30. Características de los niveles socioeconómicos en el Perú | Ipsos [Internet]. 2020 [citado 24 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-pe/caracteristicas-de-los-niveles-socioeconomicos-en-el-peru>
31. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 11 de septiembre de 2024]. edad | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>

32. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Pilar Baptista Lucio M. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2014.
33. Cap.1-Introducción a la investigación científica.pdf [Internet]. [citado 27 de abril de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14207/1/Cap.1-Introducci%C3%B3n%20a%20la%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica.pdf>
34. Palella Stracuzzi S, Martins Pestana F. Metodología de la investigación cuantitativa. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador; 2003.
35. Tafur-Valderrama E, Ortiz C, Alfaro C, García-Jiménez E, Faus MJ. Adaptación del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral” (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *Ars Pharm Internet*. 20 de septiembre de 2008;49(3):183-98.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia.

Factores de riesgo asociados a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México, Lima – Perú 2024.

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general: ¿Qué factores de riesgo se encuentran relacionados a una mala adherencia al tratamiento con antirretrovirales en pacientes con VIH pertenecientes al CMI México en el año 2024?</p>	<p>Objetivo general: Determinar qué factores de riesgo están asociados a la no adherencia al manejo con antirretrovirales en pacientes con infección de VIH en el CMI México en el año 2024.</p>	<p>Hipótesis general: - Hi. Se asocian estadísticamente los factores socio demográficos, clínicos y farmacológicos a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024. - Ho. No se asocian estadísticamente los factores socio demográficos, clínicos y farmacológicos a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.</p>	<p>Variable 1: Factores de riesgo</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Factores sociodemográficos. - Factores clínicos. - Factores farmacológicos. 	<p>Tipo de investigación: Básica</p> <p>Método y Diseño: no experimental, transversal, de alcance correlacional.</p> <p>Población: La población estuvo conformada por pacientes con VIH en tratamiento con TAR del CMI México, haciendo un total de 1537 para finales del 2024.</p> <p>Tipo de muestreo: La técnica de muestreo aplicada fue muestra no probabilística, por</p>
<p>Problemas específicos: 1. ¿Qué factores sociodemográficos se encuentran relacionados</p>	<p>Objetivos específicos: 1. Reconocer factores sociodemográficos que se</p>	<p>Hipótesis específicas: - Hi. Los factores sociodemográficos se asocian estadísticamente a la falta de</p>		

a una mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024?

2. ¿Qué factores clínicos se encuentran relacionados a una mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024?

3. ¿Qué factores farmacológicos se encuentran relacionados a una mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024?

encuentren asociados a una mala adhesión al tratamiento con TAR en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024.

2. Determinar qué factores clínicos se encuentran asociados a una mala adherencia al tratamiento TAR en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024.

3. Identificar los factores farmacológicos que se encuentran asociados a una mala adherencia al TAR en pacientes con VIH en el CMI México en el año 2024.

adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.

- Ho. Los factores sociodemográficos NO se asocian estadísticamente a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.

- Hi. Los factores clínicos se asocian estadísticamente a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.

- Ho. Los factores clínicos NO se asocian estadísticamente a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.

- Hi. Los factores farmacológicos se asocian estadísticamente a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.

- Ho. Los factores farmacológicos NO se asocian estadísticamente a la falta de adherencia al tratamiento con antirretrovirales para la infección de VIH en el CMI México- 2024.

conveniencia. La selección de la muestra se realizó mediante la aplicación de los instrumentos en los pacientes citados.

Tamaño de muestra: la muestra se determinó por la aplicación STATS v2.0 para un tamaño muestral de 70 pacientes del Centro Materno Infantil México.

Variable 2:
Adherencia al
tratamiento con TAR

Dimensiones:

- Cumplimiento del tratamiento.
- Antecedente de la falta de adherencia.
- Interacción con el médico.
- Creencias del paciente.
- Estrategias para la toma del TARGA.

Anexo 2. Operacionalización de variables.

Operacionalización de la 1ra variable.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA (NIVELES O RANGOS)	TÉCNICA/INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Factores de riesgo	Los factores de riesgo es alguna característica o circunstancia que sea visible o apreciable en una persona o grupo de persona que se sabe que aumente la probabilidad de padecer, desarrollar o estar expuesta a una enfermedad ^{24,25} .	Esta fue medida en 3 dimensiones: factores sociodemográficos, factores clínicos y factores farmacológicos. Estos fueron recolectados mediante el uso de las historias clínicas de cada participante y la encuesta.	Factores sociodemográficos	Edad	Nominal	(1) Joven 18-29 (2) Adulto 30-59 (3) Adulto mayor >60)	Historia clínica
				Sexo	Nominal	(1) Masculino (2) Femenino	Historia clínica
				Nivel educativo	Ordinal	(1) Sin estudios (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior	Encuesta
				Nivel económico	Ordinal	(1) E (S/ 1.300) (2) D (S/ 2.480) (3) C (S/ 3.970) (4) B (S/ 7.020) (5) A (S/ 12.660)	Encuesta

	Hábitos nocivos	Nominal	(1) Tabaco (2) Alcohol (3) Sustancias psicoactivas (4) Ninguno	Encuesta /Historia clínica
Factores clínicos	Depresión	Nominal	(1) Si (2) No	Historia clínica
	Carga viral	Nominal	(1) Detectable (2) Indetectable	Historia clínica
Factores farmacológicos	Esquema TAR	Nominal	(1) 1 pastilla al día. (2) 2 pastillas al día. (3) 4 pastillas al día. (4) 5 pastillas al día. (5) 7 pastillas al día.	Historia clínica/ Encuesta
	Efectos adversos medicamentosos	Nominal	(1) Si (2) No	Historia clínica/ Encuesta

Operacionalización de la 2da variable.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA (NIVELES O RANGOS)	TÉCNICA/INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
Adherencia al tratamiento con TAR	La adherencia al tratamiento es el grado de comportamiento de un paciente en la toma de su medicación, seguir un régimen, o indicación o alimentación que han sido anteriormente recomendadas por un personal de salud ²⁸ .	Esta fue medida con el Cuestionario de Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH), el cual consta de 20 ítems que miden el desempeño del paciente en seguir con su tratamiento.	Cumplimiento del tratamiento	Nivel del paciente en cumplir con el tratamiento TARGA.	1, 2, 3, 4	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - BAJA ADHERENCIA (<73) - ADHERENCIA INSUFICIENTE (74 a 80) - ADEHERENCIA ADECUADA (81 a 85) - ADHERENCIA ESTRICTA (>85) 	Cuestionario
			Antecedente de la falta de adherencia	Episodios anteriores de una mala adherencia al tratamiento TARGA.	5, 6			
			Interacción con el médico	Relación entre el paciente y su médico tratante.	7, 8, 9, 10, 11			
			Creencias del paciente	Opinión del paciente sobre el tratamiento TARGA.	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18			
			Estrategias para la toma del TARGA	Métodos empleados para una adecuada toma del tratamiento.	19, 20			

Anexo 3. Instrumentos de recolección de datos.**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS****CÓDIGO DE PACIENTE:****1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:****EDAD:** **SEXO:** F () M ()**NIVEL EDUCATIVO:** Sin estudios () / Primario () / Secundario () / Superior ()**NIVEL ECONÓMICO** (ingreso promedio mensual):
A S/12.660 () / B S/7.020 () / C S/3.970 () / D S/2.480 () / E S/1.300 ()**HÁBITOS NOCIVOS** (consume o ha consumido alguna de las siguientes sustancias):

- a. Tabaco: Si () No ()
- b. Alcohol: Si () No ()
- c. Sustancias psicoactivas (Drogas): Si () No ()

2. FACTORES CLÍNICOS:**Tiene o ha tenido Depresión:** Si () No ()**Sabe su Carga viral (llenado opcional):** Detectable () Indetectable ()**3. FACTORES FARMACOLÓGICOS:****PASTILLAS DIARIAS** (número pastillas tomadas en 24 horas): 1 () / 2 () / 4 () / 5 () / 7 ()**EFFECTOS ADVERSOS POR MEDICAMENTOS** (ha tenido algún malestar luego de tomar su tratamiento): Si () No ()

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH) (Tafur. Et al., 2008)

Durante la última semana		Siempre	Más de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1	¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?					
2	Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?					
3	Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarlos?					
4	Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar los medicamentos?					

5	¿Recuerda que medicamentos está tomando en este momento?	
---	--	--

		Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
6	¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?					

		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7	¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de antirretrovirales?					
10	¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11	¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					

		Nunca	Alguna vez	Aproximadamente la mitad de las veces	Bastantes veces	siempre
12	¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13	Cuando los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico					

	utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					
14	¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
16	¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
17	¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
18	¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad

		Si	No
19	Desde que está en tratamiento ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? (Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?.....)		
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál?.....		

Anexo 4. Validez del instrumento.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO								
N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
VARIABLE 1: FACTORES DE RIESGO								
DIMENSIÓN 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
1	Edad	/		/		/		
2	Sexo	/		/		/		
3	Nivel educativo	/		/		/		
4	Nivel económico	/		/		/		
5	Hábitos nocivos	/		/		/		
DIMENSIÓN 2: FACTORES CLINICOS		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
6	Depresión	/		/		/		
7	Carga viral	/		/		/		
DIMENSIÓN 3: FACTORES FARMACOLÓGICOS		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
8	Cambios de esquema TAR	/		/		/		
9	Efectos adversos medicamentosos	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicabilidad Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Victor Louvea Pareda DNI: 10811384

Especialidad del validador: Redes de Atención Primaria

08 de NOVIEMBRE del 20 24

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

²Relevancia: El ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión específica del constructo

³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, Exacto y directo

Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.


 Dr. Victor Louvea Pareda
 Médico Internista
 C.M.P. 38453 H.N.E. 27489
 Firma del Experto Informante

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
VARIABLE 1: FACTORES DE RIESGO								
DIMENSIÓN 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS								
1	Edad	X		X		X		
2	Sexo	X		X		X		
3	Nivel educativo	X		X		X		
4	Nivel económico	X		X		X		
5	Hábitos nocivos	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: FACTORES CLINICOS		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
6	Depresión	X		X		X		
7	Carga viral	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: FACTORES FARMACOLÓGICOS		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
8	Cambios de esquema TAR	X		X		X		
9	Efectos adversos medicamentosos	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicabilidad [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []


Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Alvaro Rodríguez HumbertsDNI: 46256521

Especialidad del validador: Medicina interna

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión específica del constructo
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, Exacto y directo

Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

..... de 09 de Noviembre del 2024..


Dr. Humberto Alvaro Rodríguez
 Médico Internista
 C.M.P. 71753 R.M.E. 42798

Firma del Experto informante

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	
VARIABLE 1: FACTORES DE RIESGO								
DIMENSIÓN 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS								
1	Edad	X		X		X		
2	Sexo	X		X		X		
3	Nivel educativo	X		X		X		
4	Nivel económico	X		X		X		
5	Hábitos nocivos	X		X		X		Definir operativamente el abuso de sustancias
DIMENSIÓN 2: FACTORES CLÍNICOS								
6	Depresión	X		X		X		
7	Carga viral	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: FACTORES FARMACOLÓGICOS								
8	Cambios de esquema TAR	X		X			X	VALORAR EVOLVAR EN NÚMERO DE TABLETAS
9	Efectos adversos medicamentosos	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicabilidad [] Aplicable después de corregir [X] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Baldán Rodríguez, Anibal Enrique DNI: 48053668

Especialidad del validador: Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

05 de Noviembre del 2024.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado
²Relevancia: El ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, Exacto y directo

Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

[Firma manuscrita]
ANIBAL ENRIQUE RODRÍGUEZ
 NEONATOLOGÍA Y MEDICINA TROPICAL
 C.M.P. #1008 D.O.E. #7382

Firma del Experto informante

Validez del cuestionario – V de Aiken

		CRITERIO: CLARIDAD						
		ITEMS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	PROMEDIO	V AIKEN	IC
DIMENSIÓN 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	ITEM 1	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 2	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 3	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 4	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 5	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
DIMENSIÓN 2: FACTORES CLÍNICOS	ITEM 6	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 7	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
DIMENSIÓN 3: FACTORES FARMACOLÓGICOS	ITEM 8	1	1	0	2	0.67	0.44-0.98	
	ITEM 9	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
PROMEDIO DE AIKEN						0.96296296		

*Fuente. Elaboración propia.**Validez del cuestionario – V de Aiken*

		CRITERIO: PERTINENCIA						
		ITEMS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	PROMEDIO	V AIKEN	IC
DIMENSIÓN 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	ITEM 1	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 2	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 3	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 4	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 5	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
DIMENSIÓN 2: FACTORES CLÍNICOS	ITEM 6	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 7	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
DIMENSIÓN 3: FACTORES FARMACOLÓGICOS	ITEM 8	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 9	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
PROMEDIO DE AIKEN						1		

Fuente. Elaboración propia.

Validez del cuestionario – V de Aiken

		CRITERIO: RELEVANCIA						
		ITEMS	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	PROMEDIO	V AIKEN	IC
DIMENSIÓN 1: FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	ITEM 1	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 2	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 3	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 4	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 5	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
DIMENSIÓN 2: FACTORES CLÍNICOS	ITEM 6	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 7	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
DIMENSIÓN 3: FACTORES FARMACOLÓGICOS	ITEM 8	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
	ITEM 9	1	1	1	3	1	0.86-1.14	
PROMEDIO DE AIKEN							1	

Fuente. Elaboración propia.

Anexo 5. Confiabilidad del instrumento.

Porcentaje de ALFA de Cronbach	Número de ITEMS
0.756834629	9

Fuente. Elaboración propia.

Anexo 6. Consentimiento informado.

Título de proyecto de investigación : FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES PARA LA INFECCION DE VIH EN EL CMI MÉXICO, LIMA – PERU 2024

Investigador(es) : Francis Martin Eduardo Mejia Parreño

Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES PARA LA INFECCION DE VIH EN EL CMI MÉXICO, LIMA – PERU 2024”. de fecha 30/11/2024 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio: El propósito de este estudio es Buscar factores de riesgo que puedan ocasionar una mala adherencia al tratamiento para VIH mediante el uso de un cuestionario y una ficha de recolección de datos, además del uso de historias. Su ejecución ayudará/permitirá tener una mayor base de datos para poder diseñar en otros estudios estrategias para una mejora en la adherencia al TAR en paciente VIH.

Duración del estudio (meses): 6

Nº esperado de participantes: 120

Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: Historias de pacientes con tratamiento con cualquier esquema TAR del CMI México con al menos 3 meses, pacientes que fueron reportados con una mala adherencia durante los años 2024, historias clínicas debidamente llenadas y legibles, pacientes entre 18 a 65 años, pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Historias clínicas incompletas, con pocos datos o no entendibles, paciente que no deseen participar en la encuesta.

Procedimientos del estudio: Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Se le entregará un cuestionario y una ficha de recolección de datos que deberá llenar.
- Se recolectarán datos pertinentes de su historia clínica.

La encuesta puede demorar unos 15 a 20 minutos y en caso tenga dudas, podrá consultarlo con el investigador.

Los resultados se le entregarán a usted en forma individual (SERÁ ADJUNTADO A SU HISTORIA CLÍNICA) y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

Su participación en el estudio no presenta ningún riesgo en su salud.

Beneficios:

Usted se beneficiará del presente proyecto para obtener resultados de los posibles factores que puedan afectar a su adherencia al TAR, así como posibles futuras estrategias que le ayuden a mejorar aún más su adherencia.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal (Francis Martin Eduardo Mejia Parreño, 939184001 y a2017100794@uwiener.edu.pe).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio,

Contacto del Comité de Ética: Dr. Raúl Antonio Rojas Ortega, Presidente del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.



Nombre participante:

Nombre investigador: Francis Martin Eduardo Mejia Parreño

DNI:

DNI: 75766908

Fecha: (/ /)

Fecha: (/ /)

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (/ /)

Nota: La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

Anexo 7. Aprobación por Comité de Ética.



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 27 de Diciembre de 2024

Investigador(a)
FRANCIS MARTIN EDUARDO MEJIA PARREÑO
Exp. N°:1289-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

Protocolo titulado: "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES PARA LA INFECCION DE VIH EN EL CMI MÉXICO, LIMA – PERU 2024**". **Versión 01** con fecha **02/12/2024**.

- Formulario de Consentimiento Informado Versión **01** con fecha **02/12/2024**.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Francis Martin Eduardo Mejia Parreño.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **El Informe de Avances** se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Anexo 8. Aprobación por la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte para ejecución de tesis.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Independencia, 03 de Marzo del 2025

MEMORANDUM N° D001087-2025-DMGS-DIRIS.LN

Para : **MC. MADRID ORUE YVETTE**
Médico Jefe de la RIS San Martín de Porres

De : **OMAR MARTIN SANCHEZ PONCE**
DIRECTOR(A) EJECUTIVO(A) DE LA DIRECCION DE MONITOREO Y GESTION SANITARIA

ATENCIÓN : MÉDICO JEFE DEL CENTRO MATERNO INFANTIL MÉXICO

Asunto : BRINDAR FACILIDADES PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES PARA LA INFECCIÓN DE VIH EN EL CMI MEXICO, LIMA - PERU 2024"

Referencia : NOTA INFORMATIVA N° 000112 -2025-MINSA/DIRIS-LN/3/ORH/STOIPAD

Fecha Elaboración: INDEPENDENCIA, 03 DE MARZO DE 2025

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y en atención al documento de la referencia, se presenta al Investigador Principal Francis Martín Eduardo Mejía Parreño, identificado con DNI 75766908, de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener.

El investigador principal en mención, obtuvo opinión favorable el 14 de febrero del 2025 por la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de las ITS, VIH/SIDA y Hepatitis de la Unidad Funcional del Área Transmisible, de la Oficina de Intervenciones Sanitarias de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria de la DIRIS Lima Norte, para ejecutar el Proyecto de Investigación denominado: "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA FALTA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES PARA LA INFECCIÓN DE VIH EN EL CMI MEXICO, LIMA - PERU 2024**", en el establecimiento de salud CSMI México.

En tal sentido, se solicita brindar las facilidades necesarias para el desarrollo del estudio, **debiendo el investigador principal respetar las normas internas del establecimiento de salud, y, asumir los costos asociados a los materiales de bioseguridad requeridos durante el desarrollo de la investigación.**

Cabe precisar que los resultados obtenidos por el mencionado proyecto de investigación deberán ser enviados por mesa de partes de la DIRIS Lima Norte y al correo electrónico docencia.investigacion.dln@gmail.com

Anexo 9. Resultado del cálculo de la muestra por el aplicativo STATS V2.

The screenshot displays the 'Sample Size Determination' window of the Decision Analyst STATS™ 2.0 application. The window is titled 'Decision Analyst STATS™ 2.0' and features a green header bar. Below the header, the main title 'Sample Size Determination' is displayed in a blue banner, followed by the subtitle '(Sample Size for Population Percentage Estimates)' and a calculator icon.

The interface is divided into two main sections: 'Inputs' and 'Results'. The 'Inputs' section contains the following fields:

- Universe Size:** A text input field containing the value '1537'. Below it, a note states: 'If universe is less than 99,999, replace 99,999 with the smaller number'.
- Maximum Acceptable Percentage Points of Error:** A dropdown menu set to '5%'.
- Estimated Percentage Level:** A dropdown menu set to '5% or 95%'.
- Desired Confidence Level:** A dropdown menu set to '95%'.

The 'Results' section displays the output: 'The Sample Size Should Be...' followed by a text input field containing the value '70'.

At the bottom of the interface, there are three buttons: 'Calculate', 'Reset', and 'Exit'. The 'Calculate' button is highlighted with a dashed border. The 'Decision Analyst' logo, featuring a stylized profile of a head with a grid pattern, and the tagline 'The global leader in analytical research systems' are positioned in the bottom right area.

The footer of the application window contains the contact information: '817 640-6166 | www.decisionanalyst.com'.

Anexo 10. Informe de Turnitin.

Reporte de similitud

● 15% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	repositorio.uncp.edu.pe Internet	<1%
3	uwiener on 2024-01-30 Submitted works	<1%
4	hdl.handle.net Internet	<1%
5	uwiener on 2024-01-09 Submitted works	<1%
6	repositorio.upt.edu.pe Internet	<1%
7	dspace.ucuenca.edu.ec Internet	<1%
8	repositorio.unfv.edu.pe Internet	<1%

● 15% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	repositorio.uncp.edu.pe Internet	<1%
3	uwiener on 2024-01-30 Submitted works	<1%
4	hdl.handle.net Internet	<1%
5	uwiener on 2024-01-09 Submitted works	<1%
6	repositorio.upt.edu.pe Internet	<1%
7	dspace.ucuenca.edu.ec Internet	<1%
8	repositorio.unfv.edu.pe Internet	<1%