



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



# **TESIS**

***“Factores en la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH  
de una posta de Lambayeque, febrero – diciembre 2025”***

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**Ciencias Médicas y de Salud**

**Autores**

**Piscoya Fernandez Victor Augusto**

**Quesquén Tejada Sixto Abner**

**Asesor**

**Dr. Segundo Felipe Ulco Anhuamán**

**LAMBAYEQUE-PERÚ**

**25 de febrero del 2026**

APROBADO POR:



---


Dr. Hector Elias Portilla Jacobo  
PRESIDENTE



---

Dr. Jorge Enrique Montenegro Pérez  
SECRETARIO

⋮



---

Dr. Jaime Y. Salazar Zuloeta  
Departamento de Especialidades Médicas II  
MÉDICO JEFE  
RES Salud H.N.A.A.  
Dr. Jaime Ysrael Salazar Zuloeta  
VOCAL



---

Dr. Segundo Felipe Ulco Anhuamán  
ASESOR METODOLÓGICO

**ACTA DE SUSTENTACIÓN N° 021-2026-FMH-UNPRG**

Siendo las 15 : 00 horas del día 25 de Febrero del 2026, se reunieron los miembros los jurado evaluador designados mediante Resolución N° 191-2024-D-FMH-UNPRG; conformada por los siguientes docentes:

Presidente: Dr. PORTILLA JACOBO HECTOR ELIAS  
Secretario: Dr. MONTENEGRO PEREZ JORGE ENRIQUE  
Vocal: Dr. SALAZAR ZULOETA JAIME YSRAEL

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación de la tesis titulada: "FACTORES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH DE UNA POSTA DE LAMBAYEQUE, FEBRERO – DICIEMBRE 2025", cuyos autores son los Bachilleres:

PISCOYA FERNANDEZ VICTOR AUGUSTO  
QUESQUÉN TEJADA SIXTO ABNER

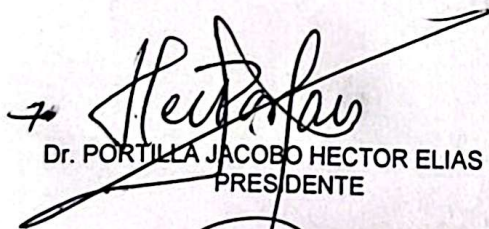
Teniendo como Asesor al Dr. ULCO ANHUAMAN SEGUNDO FELIPE

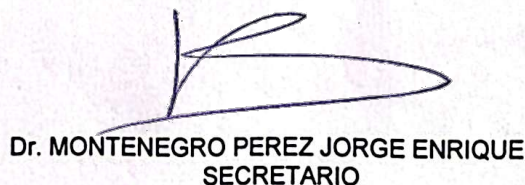
El acto de sustentación fue autorizado por Resolución N° 140-2026-D-FMH-UNPRG de fecha 23 de febrero del 2026.

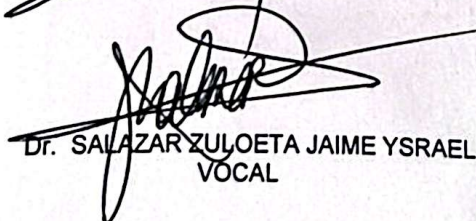
Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándoseles la calificación de 17 (diecisiete) en escala vigésima y 85 (ochenta y cinco) en la escala centesimal, Nivel: Buena.

Por lo que quedan APTOS para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 16 : 35 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente, con la firma de los miembros del jurado.

  
Dr. PORTILLA JACOBO HECTOR ELIAS  
PRESIDENTE

  
Dr. MONTENEGRO PEREZ JORGE ENRIQUE  
SECRETARIO

  
Dr. SALAZAR ZULOETA JAIME YSRAEL  
VOCAL



## CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, Segundo Felipe Ulco Anhuamán usuario revisor de:

Tesis

Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico

Titulado Factores en la adherencia al tratamiento  
en pacientes con VIH de una posta de Lambayeque,  
febrero - diciembre 2025

Cuyo(s) autor(es) es(son):

Piscop Fernandez Victor Augusto DNI° 7276 2763

Quisquin Tejada Eito Abner DNI° 75413576

declaro que la evaluación realizada por el Programa informático, ha arrojado un porcentaje de similitud 9 %, verificables en el Resumen del Reporte Automatizado de similitudes que se acompaña.

El(La/Los/Las) suscrito(a/s/as) analizó y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.

Lambayeque, 23 de febrero del 2026

Nombres y Apellidos: Segundo Felipe Ulco Anhuamán

DNI°: 17927301

ASESOR

Defina la modalidad con [ X ]

Adjuntar

- Reporte Automatizado de similitudes
- Recibo Digital

# factores en la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH DE

## INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="http://revistas.ujat.mx">revistas.ujat.mx</a> Fuente de Internet	1%
2	<a href="http://scielo.sld.cu">scielo.sld.cu</a> Fuente de Internet	1%
3	<a href="http://repositorio.unap.edu.pe">repositorio.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Andrés Bello Trabajo del estudiante	1%
5	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	<1%
6	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	<1%
7	<a href="http://doku.pub">doku.pub</a> Fuente de Internet	<1%
8	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> Fuente de Internet	<1%

9	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	<1 %
10	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
11	<a href="https://upc.aws.openrepository.com">upc.aws.openrepository.com</a> Fuente de Internet	<1 %
12	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1 %
13	<a href="https://repository.ces.edu.co">repository.ces.edu.co</a> Fuente de Internet	<1 %
14	<a href="https://es.slideshare.net">es.slideshare.net</a> Fuente de Internet	<1 %
15	<a href="http://www.aidsmap.com">www.aidsmap.com</a> Fuente de Internet	<1 %
16	Submitted to Universidad del Desarrollo Trabajo del estudiante	<1 %
17	<a href="https://cienciadigital.org">cienciadigital.org</a> Fuente de Internet	<1 %
18	<a href="https://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Fuente de Internet	<1 %
19	<a href="https://qa1.scielo.br">qa1.scielo.br</a> Fuente de Internet	<1 %

[www.diariomedico.com](http://www.diariomedico.com)

20	Fuente de Internet	<1 %
21	www.paginasyboletines.com Fuente de Internet	<1 %
22	www.theibfr.com Fuente de Internet	<1 %
23	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
24	produccioncientificaluz.org Fuente de Internet	<1 %
25	María Luisa Zúñiga, Fátima Muñoz, Justine Kozo, Estela Blanco, Rosana Scolari. "A Binational Study of Patient-Initiated Changes to Antiretroviral Therapy Regimen Among HIV-positive Latinos Living in the Mexico-U.S. Border Region", AIDS and Behavior, 2011 Publicación	<1 %
26	Submitted to Universidad de Guayaquil Trabajo del estudiante	<1 %
27	slidehtml5.com Fuente de Internet	<1 %
28	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
29	Submitted to Universidad Pública de Navarra Trabajo del estudiante	<1 %

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 15 words

  
Dr. Segundo Felipe Ulco Anhuamán  
ASESOR METODOLÓGICO

U CNP 2370



## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: **Victor Augusto y Sixto Abner, Piscocoya Fernandez y Quesquén Tejada**  
Título del ejercicio: **Quick Submit**  
Título de la entrega: **factores en la adherencia al tratamineto en pacientes con VIH ...**  
Nombre del archivo: **DE\_UNA\_POSTA\_DE\_LAMBAYEQUE,\_FEBRERO\_DICIEMBRE\_202...**  
Tamaño del archivo: **1.85M**  
Total páginas: **71**  
Total de palabras: **11,264**  
Total de caracteres: **64,505**  
Fecha de entrega: **23-feb-2026 05:26p. m. (UTC-0500)**  
Identificador de la entrega: **2886775500**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



### TRABAJO DE TESIS

**"FACTORES EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON VIH DE UNA POSTA DE LAMBAYEQUE, FEBRERO - DICIEMBRE 2021"**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Escuela: Medicina y de Salud

AUTORES

PISCOCOYA FERNANDEZ VICTOR AUGUSTO


QUESQUEN TEJADA SIXTO ABNER

ASESOR

DR. SEGUNDO FELIPE ULCO ANHUAMÁN

LAMBAYEQUE PERU

2024

  
Dr. Segundo Felipe Ulco Anhuamán  
ASESOR METODOLÓGICO  
CM 22396

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotros, Piscoya Fernandez Victor Augusto y Quesquén Tejada Sixto Abner investigadores principales, y Dr. Segundo Felipe Ulco Anhuaman áesor del trabajo de investigación “Factores en la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH de una posta de Lambayeque, febrero – diciembre 2025” declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 19 de febrero 2026



---

Piscoya Fernandez Victor Augusto  
Investigador principal



---

Quesquén Tejada Sixto Abner  
Investigador principal



---

Dr. Segundo Felipe Ulco Anhuamán  
ASESOR METODOLÓGICO

## **DEDICATORIA:**

Dedicamos este trabajo a nuestros padres, por su apoyo incondicional en cada paso de este camino y por enseñarnos con su ejemplo el valor del esfuerzo, la perseverancia y la humildad.

A nuestras hermanas, por sus palabras de aliento en los momentos difíciles y por estar siempre a nuestro lado.

A nuestros familiares que ya no están físicamente con nosotros, pero cuya influencia y enseñanzas fueron fundamentales en nuestra formación. Este logro también les pertenece.

Con todo nuestro amor y gratitud.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por permitirnos culminar esta etapa de nuestra formación profesional. A nuestros docentes, por compartir generosamente sus conocimientos y brindarnos el apoyo necesario a lo largo de nuestra carrera.

A nuestro asesor de tesis, Dr. Felipe Ulco, por su paciencia, orientación y valiosa guía durante el desarrollo de este trabajo.

A la IPRESS Toribia Castro, especialmente al Dr. Julio Patazca y a la Lic. Rosa Moncayo, por facilitarnos el acceso y las condiciones necesarias para la ejecución del estudio.

Finalmente, a nuestras familias y compañeros de clase, por su apoyo constante, motivación y confianza, fundamentales para alcanzar este logro.

<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>7</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO.....</b>	<b>13</b>
<b>ANTECEDENTES .....</b>	<b>13</b>
<b>BASE TEORICA .....</b>	<b>18</b>
<b>DEFINICIÓN DE VIH/ SIDA: .....</b>	<b>18</b>
<b>HISTORIA NATURAL VIH Y CLASIFICACIÓN SEGÚN OMS:.....</b>	<b>18</b>
<b>EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH:.....</b>	<b>21</b>
<b>TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: .....</b>	<b>23</b>
<b>ADHERENCIA AL TAR: .....</b>	<b>25</b>
<b>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES .....</b>	<b>31</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>31</b>
<b>POBLACIÓN Y MUESTRA.....</b>	<b>31</b>
<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>	<b>32</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>32</b>
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.....</b>	<b>33</b>
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS .....</b>	<b>34</b>
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>35</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>35</b>
<b>DISCUSIONES .....</b>	<b>42</b>
<b>LIMITACIONES .....</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES .....</b>	<b>52</b>
<b>CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 .....	25
TABLA 2 .....	35
TABLA 3 .....	36
TABLA 4 .....	37
TABLA 5 .....	37
TABLA 6 .....	38
TABLA 7 .....	39
TABLA 8 .....	40
TABLA 9 .....	41

## RESUMEN

**Introducción:** La infección por VIH sigue siendo un desafío crítico para la salud pública en el Perú, con más de 185,000 casos reportados hasta 2024. En Lambayeque, la pandemia por COVID-19 y las desigualdades estructurales han vulnerado la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR), pilar fundamental para lograr la supresión viral y prevenir resistencias. Pese a su importancia, existe escasa información actualizada sobre los factores que condicionan la adherencia en el primer nivel de atención de la región.

**Objetivo:** Determinar los factores en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH de la IPRESS Toribia Castro Chirinos, Lambayeque, durante el periodo febrero - diciembre 2025. **Métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo. La muestra consistió en 66 pacientes adultos que reciben TAR. Se empleó el cuestionario CEAT-VIH para medir la adherencia, además de una ficha de recolección de datos clínicos y sociodemográficos. El análisis estadístico se realizó en Stata 16.0, utilizando estadística descriptiva, prueba de Fisher y regresión logística simple.

**Resultados:** Predominaron varones (83.33%), adultos (62.12%), solteros (72.73%) y con instrucción secundaria (77.27%). La mayoría se encontró en etapa clínica 1 (68.18%) y con supresión viral (77.27%); sin embargo, una proporción importante desconocía sus fármacos (65.15%). La adherencia estricta fue baja (15.15%). No se halló asociación con características clínicas ni con la mayoría de variables sociodemográficas. La relación médico-paciente y el grado de instrucción mostraron asociación significativa con la adherencia. **Conclusión:** La adherencia al TAR está significativamente asociada a factores psicosociales y sociodemográficos, más no a las características clínicas del paciente. Se destaca que una óptima relación médico-paciente incrementa cinco veces la probabilidad de cumplimiento terapéutico, mientras que el nivel educativo presenta una relación inversa, donde a mayor grado de instrucción disminuye la probabilidad de adherencia.

**PALABRAS CLAVES:** VIH, Adherencia, TAR.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** HIV infection remains a critical public health challenge in Peru, with more than 185,000 cases reported up to 2024. In Lambayeque, the COVID-19 pandemic and structural inequalities have undermined adherence to antiretroviral therapy (ART), a fundamental pillar for achieving viral suppression and preventing resistance. Despite its importance, there is limited up-to-date information on the factors influencing adherence at the primary care level in the region. **Objective:** To determine the factors influencing adherence to antiretroviral therapy in HIV-positive patients at the Toribia Castro Chirinos Health Service (IPRESS) in Lambayeque, during the period February–December 2025. **Methods:** Observational, analytical, cross-sectional, and prospective study. The sample consisted of 66 adult patients receiving ART. The CEAT-HIV questionnaire was used to measure adherence, in addition to a form for collecting clinical and sociodemographic data. Statistical analysis was performed using Stata 16.0, employing descriptive statistics, Fisher's exact test, and simple logistic regression. **Results:** The majority of participants were male (83.33%), adults (62.12%), single (72.73%), and had a secondary education (77.27%). Most were in clinical stage 1 (68.18%) and had viral suppression (77.27%); however, a significant proportion were unaware of their medications (65.15%). Strict adherence was low (15.15%). No association was found with clinical characteristics or most sociodemographic variables. The doctor-patient relationship and level of education showed a significant association with adherence. **Conclusion:** Adherence to antiretroviral therapy (ART) is significantly associated with psychosocial and sociodemographic factors, but not with the patient's clinical characteristics. It is noteworthy that an optimal doctor-patient relationship increases the probability of therapeutic compliance fivefold, while educational level shows an inverse relationship, with higher levels of education decreasing the probability of adherence.

**KEYWORDS:** HIV, Adherence, ART.

## INTRODUCCIÓN

A nivel global, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) persiste como un desafío de salud pública de gran magnitud, afectando a una población superior a 40 millones de individuos, concentrándose una mayor carga de esta problemática en naciones en vías de desarrollo, donde persisten desigualdades sociales, económicas y limitaciones en el acceso a servicios de salud (1).

En el territorio peruano, desde la detección del primer caso de VIH en 1983 hasta el cierre del periodo epidemiológico de diciembre de 2024, se ha registrado una cifra acumulada de 185 687 diagnósticos de infección. De este total, 51 258 individuos han progresado al estadio SIDA, lo que revela que, aun ante las mejoras sustanciales en la capacidad diagnóstica y la cobertura terapéutica, la patología persiste como un desafío crítico y persistente para el sistema de salud pública nacional (2).

En la región Lambayeque durante la última década se registraron aproximadamente 3800 casos. La sala situacional describe que durante el 2025 se notificaron 314 casos de VIH Y 62 de SIDA. Siendo Chiclayo, José Leonardo Ortiz y Lambayeque donde se concentra la mayoría de estos.

La pandemia por COVID-19 agravó esta problemática al generar interrupciones en la atención de enfermedades crónicas e infecciosas, incluido el VIH, afectando el seguimiento clínico, la entrega oportuna de medicamentos y el acompañamiento integral de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS). Estudios recientes han demostrado que estas interrupciones se asociaron a una disminución de la adherencia al tratamiento antirretroviral, incrementando el riesgo de fallos terapéuticos y de progresión de la enfermedad (3).

La adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) es un pilar fundamental para lograr la supresión viral, reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir la aparición de resistencias farmacológicas y disminuir la transmisión del virus (4). La OMS define la adherencia terapéutica como el nivel de concordancia entre la conducta del paciente y las pautas prescritas, específicamente en lo que respecta a la administración de la farmacoterapia bajo los regímenes de dosificación y los cronogramas establecidos por el personal

médico, relacionado con sus hábitos de vida diaria y dieta alimenticia, siendo necesario, en el caso del VIH, una adherencia igual o superior al 95 % para alcanzar una supresión viral óptima (5). Sin embargo, la evidencia actual señala que los niveles de adherencia varían considerablemente y se ven influenciados por múltiples factores relacionados con el paciente, el tratamiento, la enfermedad, el entorno social y el sistema de salud (6).

La no adherencia disminuye los beneficios del tratamiento, distorsiona la evaluación clínica de su eficacia y puede conducir a la prescripción de dosis más elevadas o, en algunos casos, al uso innecesario de medicamentos, además, al deterioro del sistema inmunológico, la aparición de infecciones oportunistas, el aumento de la carga viral y un mayor riesgo de transmisión del VIH (1). En este contexto, identificar los factores que influyen en la adherencia terapéutica resulta fundamental para el diseño de intervenciones efectivas. Sin embargo, en el ámbito local, particularmente en las postas de salud de la región Lambayeque, existe escasa y desactualizada información sobre los factores asociados a la adherencia al TAR en personas que viven con VIH, lo que limita la implementación de estrategias de atención integral basadas en evidencia. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de realizar investigaciones que permitan comprender dicha problemática y contribuyan a fortalecer la calidad de la atención y los resultados en salud de esta población.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH de una posta de Lambayeque, febrero- diciembre 2025?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar los factores en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH de una posta de Lambayeque, febrero - diciembre 2025.

### **Objetivo específico**

1. Describir las características de los pacientes VIH de una posta de Lambayeque.
2. Identificar el grado de adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH de una posta de Lambayeque.
3. Analizar la asociación entre factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH de una posta de Lambayeque

## **CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO**

### **ANTECEDENTES**

Tuot *et al.* (7) realizaron un estudio transversal con el objetivo de identificar los determinantes de la adherencia a la terapia antirretroviral (ART) entre personas estables que viven con VIH en Camboya. Este estudio empleó datos de una encuesta basal recolectada en 2021 en 20 clínicas de ART distribuidas en nueve provincias, donde se entrevistó de forma presencial a 4101 participantes utilizando un cuestionario estructurado que incluyó variables sociodemográficas, adherencia al ART, autoeficacia percibida, salud mental, calidad de vida, estigma y discriminación. La adherencia global medida mediante un enfoque multimétodo fue de 86,5 %. Los resultados de regresión logística múltiple mostraron que una mayor probabilidad de adherencia se asoció con mayores edades, niveles más altos de autoeficacia en responsabilidad de la salud, menores puntajes de estigma y discriminación, y mejor salud mental; en contraste, ingresos mensuales más altos se asociaron con menores niveles de adherencia. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar factores psicosociales como el estigma, la autoeficacia y la salud mental para mejorar la adherencia al ART, además de la necesidad de intervenciones innovadoras adaptadas a contextos de recursos limitados para alcanzar los objetivos de supresión viral definidos por las metas globales de la respuesta al VIH.

Del Moral L, *et al.* (5) Se llevó a cabo una revisión sistemática cuyo propósito central fue determinar los determinantes vinculados al fracaso terapéutico en pacientes diagnosticados con VIH bajo terapia antirretroviral (TAR). La metodología empleada se rigió por los estándares internacionales PRISMA-ScR, mientras que la recopilación de la evidencia científica se efectuó mediante una búsqueda exhaustiva en bases de datos de alto impacto como PubMed y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Los hallazgos subrayan que la ineficacia del tratamiento está intrínsecamente ligada a una interacción compleja entre variables sociodemográficas y clínicas, resaltando el papel crítico de la accesibilidad farmacológica, la robustez del sistema sanitario y el perfil individual del paciente en el éxito del abordaje terapéutico.

Audi *et al.* (6) examinan los facilitadores y barreras para la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) en adolescentes seropositivos en las regiones de Arusha y

Kilimanjaro, Tanzania, mediante un estudio cualitativo entre enero y marzo de 2018 con 33 adolescentes de 10 a 19 años seleccionados según edad, género y participación en grupos de apoyo. Los participantes completaron entrevistas en profundidad sobre su experiencia con la adherencia, retención en servicios de VIH y vida adolescente. Los resultados muestran que los grupos de apoyo entre pares promovieron la adherencia mejorando el conocimiento y la confianza, y muchos adolescentes asociaron la asistencia con mejor salud. Además, la presencia de *treatment supporters*, es decir, personas de apoyo como familiares o amigos, también influyó positivamente la adherencia. Entre las barreras, se identificaron el estado emocional, el miedo a la divulgación del diagnóstico, la falta de transporte o alimentos adecuados, y la interferencia de rutinas como la escuela. En conclusión, los factores logísticos y psicosociales afectan la adherencia al TAR, y las intervenciones que ofrezcan educación integral y apoyo social, como grupos de apoyo y redes de apoyo familiar, pueden mejorar los resultados de salud en esta población.

Daltro A. *et al.* (8) Mediante la ejecución de una revisión sistemática de la literatura científica, se exploraron las bases de datos PubMed y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), seleccionando publicaciones comprendidas en el periodo 2009-2021. El estudio tuvo como propósito fundamental determinar los predictores vinculados al fracaso virológico y los niveles de observancia al tratamiento antirretroviral en una cohorte etaria específica: adolescentes y adultos jóvenes (rango de 10 a 24 años) diagnosticados con VIH. Se analizaron 31 artículos, la mayoría provenientes de África, organizando los hallazgos en seis categorías: factores individuales; aspectos farmacológicos y relacionados con la terapia; factores relacionados con la infección por VIH; estigma asociado al VIH/SIDA; apoyo social; y sistema y servicios de salud. Los resultados mostraron que el sexo masculino, el consumo de alcohol, el bajo nivel educativo, los efectos adversos de la medicación, la falta de apoyo social, el estigma relacionado con el VIH/SIDA, la necesidad de transporte para acceder a los servicios de salud y el olvido se asociaron con una mala adherencia a la terapia. Por el contrario, una adecuada nutrición, un buen apoyo social, mayor confianza en el tratamiento y la presencia de menos efectos secundarios del TAR se relacionaron con una mejor adherencia. En conclusión, el estudio destaca la necesidad de identificar las dificultades asociadas al uso de la terapia antirretroviral para diseñar estrategias específicas que mejoren la adherencia al tratamiento y la supresión viral, reduciendo el riesgo de falla virológica en esta población.

Hlophe *et al.* (9) realizaron una revisión sistemática que incluyó 66 artículos publicados entre 2010 y marzo de 2022, abarcando un total de 53 217 adolescentes, con el objetivo de analizar la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR), los obstáculos y los factores facilitadores de dicha adherencia, así como los resultados del tratamiento en adolescentes que viven con VIH y reciben TAR en África subsahariana. Mediante una metasíntesis, se identificaron seis grandes categorías de barreras para la adherencia al TAR. Entre las barreras sociales destacaron el estigma, la discriminación y la falta de apoyo social; entre las económicas, la pobreza fue el factor más relevante. Asimismo, se identificaron barreras relacionadas con el sistema de salud, tales como la ubicación y distancia a los centros de atención, los largos tiempos de espera, el hacinamiento, el desabastecimiento de medicamentos, determinados protocolos clínicos (como la codificación por colores), la actitud del personal de salud y la rigidez en la programación de citas. Las barreras relacionadas con la terapia incluyeron el tipo de régimen, la frecuencia de las dosis y los efectos secundarios de la medicación. Finalmente, se identificaron barreras culturales y religiosas, donde algunos adolescentes abandonaron la medicación debido a creencias de curación mediante prácticas religiosas o el uso de medicina tradicional. Por otro lado, se identificaron tres categorías de factores facilitadores de la adherencia al TAR: el apoyo social, el asesoramiento y la educación sobre el tratamiento, y la confidencialidad. El estudio concluyó que la adherencia al TAR continúa siendo baja entre los adolescentes del África subsahariana, a pesar de las múltiples intervenciones implementadas, resaltando que el fortalecimiento del apoyo social, la educación y la orientación dirigidas a este grupo etario pueden contribuir a mejorar y mantener la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Garrollo C. *et al.* (10) Bajo un diseño de casos y controles, se desarrolló una investigación durante el periodo 2020-2021 en Maringá, Brasil (Paraná). El estudio se centró en analizar los factores determinantes de la deserción al tratamiento antirretroviral en una cohorte de adolescentes y jóvenes seropositivos en el contexto de la crisis sanitaria por COVID-19. La muestra se estratificó en 27 casos (pacientes de entre 10 y 24 años que interrumpieron la terapia) y 109 controles con perfiles sociodemográficos análogos que mantuvieron la adherencia. Mediante la aplicación de un instrumento de recolección de datos que examinó variables clínicas y sociales, los autores determinaron una correlación significativa entre la edad y la falta de seguimiento; específicamente, concluyeron que los

individuos con edades cercanas a los 23 años presentaban una mayor vulnerabilidad al abandono terapéutico.

Arrieta J. *et al.* (11) A través de un diseño observacional de corte transversal y retrospectivo, se examinaron los determinantes sociodemográficos, clínicos y farmacológicos vinculados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en una cohorte de pacientes con VIH/SIDA en cuatro ciudades colombianas durante el periodo 2017-2020. La evaluación de la observancia terapéutica se fundamentó en la triangulación de instrumentos validados: el test de Morisky-Green, el Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación (SMAQ) y una escala específica para la detección de barreras en el TAR. La muestra, constituida por 9 835 sujetos, se caracterizó predominantemente por una población masculina, en rango de edad de 18 a 44 años, con nivel educativo secundario, estado civil soltero y residencia urbana. Tras el análisis, se estratificó una prevalencia de no adherencia cercana al 10%. Mediante un modelo de regresión logística múltiple, los hallazgos demostraron que los predictores con mayor significancia estadística para la interrupción del tratamiento fueron la presencia de reacciones adversas medicamentosas (RAM), el historial de incumplimiento terapéutico previo, las dificultades intrínsecas a la farmacoterapia y el uso de sustancias psicoactivas.

Pereira *et al.* (12) Se llevó a cabo un mapeo sistemático (scoping review) con el propósito de determinar qué herramientas psicométricas se encuentran validadas en el contexto brasileño para la medición de la observancia terapéutica en pacientes seropositivos bajo esquema antirretroviral. El estudio describió las herramientas disponibles, los procesos de validación psicométrica y los contextos en los que han sido aplicadas, destacando la importancia de utilizar instrumentos confiables para la medición de la adherencia terapéutica. La revisión identificó principalmente el Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al TAR (CEAT-VIH) y el WebAd-Q como instrumentos con validación en el contexto brasileño. Entre ellos, el CEAT-VIH fue señalado como el instrumento más utilizado y mejor estudiado, aplicable a población adulta y con evidencia de asociación con indicadores clínicos relevantes, como la carga viral, lo que respalda su validez de criterio. Asimismo, el estudio resalta que el uso de instrumentos validados permite una mejor comprensión de los factores que influyen en la adherencia y contribuye al diseño de intervenciones más eficaces orientadas a mejorar los resultados del tratamiento.

Sánchez M. (13) Se desarrolló una revisión sistemática orientada a la identificación de los determinantes de la observancia al TAR en el contexto peruano durante el quinquenio 2016-2020. La metodología se sustentó en la recuperación de evidencia de repositorios científicos nacionales e internacionales, empleando la estrategia PICO para la delimitación de criterios de inclusión y siguiendo los estándares de la declaración PRISMA. De un universo inicial de 121 publicaciones, se seleccionaron 31 artículos que cumplieron con los criterios de elegibilidad para el análisis crítico. Para la sistematización de los hallazgos, se categorizaron los niveles de adherencia mediante una escala de valoración (alta, media, baja y no especificada). Los resultados revelaron que únicamente el 25,8 % de las investigaciones reportaron una adherencia óptima. Asimismo, se observó una relación de magnitud baja entre los factores sociodemográficos y la adherencia en el 29 % de los casos, mientras que una proporción igual (29 %) exhibió una asociación intermedia con factores de índole farmacológica. Finalmente, se determinó que el esquema terapéutico basado en la combinación de Tenofovir, Emtricitabina y Efavirenz (TDF/FTC/EFV) presentó los niveles más favorables de cumplimiento por parte de los pacientes.

Díaz L. (14) Realizó una investigación de carácter observacional, analítico y transversal ejecutada en el Hospital Las Mercedes durante el 2022, se buscó establecer el vínculo entre el estigma elevado y la falta de cumplimiento del TAR en 283 adultos con VIH (18 a 80 años). Para la recolección de datos, realizada entre septiembre y noviembre, se emplearon la escala de Berger y el cuestionario SMAQ. Los hallazgos revelaron que la no adherencia alcanzó un 73.2%, mientras que el estigma alto se presentó en el 66.9% de los participantes, mostrando una correlación estadísticamente significativa ( $p < 0.01$ ). El estudio concluyó que existe una relación directa entre el rechazo social percibido y el abandono de la terapia en este centro hospitalario.

Leyva-Moral et al. (15) Realizaron un estudio cualitativo en la ciudad de Chiclayo, Perú, con el objetivo de comprender las experiencias y la construcción de significados en torno a la adherencia al TAR en personas viviendo con VIH. La metodología se basó en la teoría fundamentada constructivista (Grounded Theory), aplicando entrevistas no estructuradas a 18 adultos bajo tratamiento. Entre sus resultados, desarrollaron la teoría sustantiva "Staying alive" (seguir vivo), la cual define la adherencia no como un comportamiento automático, sino como un proceso activo y dinámico que implica superar barreras personales y sociales, colaborar con el personal de salud y valorar el medicamento como

fuerza de vida. Concluyeron que la adherencia está profundamente influenciada por factores estructurales y subjetivos, sugiriendo que el abordaje clínico debe centrarse en la persona y en cómo esta integra el tratamiento en su vida cotidiana para lograr el cumplimiento terapéutico.

## **BASE TEORICA**

### **DEFINICIÓN DE VIH/ SIDA:**

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es reconocida en la actualidad como una enfermedad crónica transmisible de etiología viral, caracterizada por su tropismo selectivo hacia el sistema inmunitario. El VIH pertenece a la familia *Retroviridae* y se distingue por una replicación viral persistente que conduce a una depleción progresiva de los linfocitos CD4 +, con el consiguiente daño de la respuesta inmunológica (16,17).

Desde una perspectiva clínica, la historia natural de esta patología se caracteriza por una progresión dinámica que transita desde la primoinfección o fase aguda hasta alcanzar un periodo de latencia clínica o fase crónica. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se identifica como el estadio terminal y de mayor severidad del proceso infeccioso. En consonancia con los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Enfermedad Avanzada por VIH (EAV) se tipifica técnicamente mediante un recuento de linfocitos T-CD4+ por debajo del umbral de las 200 células/mm<sup>3</sup>, o bien, ante el diagnóstico de patologías oportunistas vinculadas a los estadios clínicos 3 o 4 del sistema de estadificación de la OMS en poblaciones adultas y adolescentes. En el caso de los niños menores de cinco años, se considera que todos aquellos con infección por VIH presentan EAV, independientemente de su situación clínica o inmunológica. La introducción y expansión del TAR han permitido transformar esta infección, anteriormente de curso fatal, en una enfermedad crónica controlable, siempre que se mantenga una adherencia terapéutica adecuada (18).

### **HISTORIA NATURAL VIH Y CLASIFICACIÓN SEGÚN OMS:**

La historia natural de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) describe la evolución cronológica de la enfermedad en el organismo en ausencia de TAR. Este proceso se estructura en tres fases fisiopatológicas bien definidas, las cuales guardan

una correlación directa con la clasificación clínica propuesta por la OMS y con lo establecido en la Norma Técnica de Salud N.º 169-MINSA/2020 (16,18).

### **1. Fase de infección aguda (Estadio clínico 1 de la OMS)**

Posterior al contacto inicial, el VIH exhibe una afinidad selectiva (tropismo) hacia las estirpes celulares que poseen el receptor de superficie CD4. El mecanismo de entrada se desencadena cuando la glucoproteína de envoltura gp120 sufre una modificación estructural tras su anclaje al receptor CD4, proceso que permite la interacción con los correceptores de quimiocinas CCR5 (asociado principalmente a la transmisión inicial) o CXCR4. Este evento precede a la acción de la subunidad transmembrana gp41, la cual cataliza la fusión de las bicapas lipídicas viral y citoplasmática, resultando finalmente en la internalización de la cápside nucleoproteica en el citosol celular (19).

En el citosol, la transcriptasa inversa cataliza la conversión del ARN genómico viral en ADN bicatenario, proceso altamente propenso a errores que da lugar a la formación de múltiples cuasiespecies virales. Este ADN es transportado al núcleo, donde la integrasa facilita su inserción en el genoma de la célula huésped, conformando el provirus. Durante esta fase ocurre una siembra masiva del virus en los reservorios del tejido linfoide asociado al intestino (GALT), lo que ocasiona una depleción significativa de linfocitos T de memoria (19).

Desde el punto de vista clínico, esta fase corresponde al Estadio 1 de la OMS y puede cursar de manera asintomática o manifestarse como un síndrome retroviral agudo, caracterizado por fiebre, linfadenopatías y exantema. En este periodo, la carga viral plasmática alcanza niveles extremadamente elevados, lo que incrementa de forma significativa el riesgo de transmisión (19,20).

### **2. Fase de infección crónica o latencia clínica (Estadio clínico 2 de la OMS)**

En esta etapa se establece un equilibrio dinámico relativo entre la replicación viral y la respuesta inmunitaria del huésped, conocido como *set point* viral. Aunque el individuo pueda permanecer asintomático durante años, persiste un proceso continuo de desgaste inmunológico. El VIH utiliza la maquinaria transcripcional de la célula para sintetizar ARN mensajero viral, a partir del cual se generan las poliproteínas Gag, Pol y Env, que se ensamblan en la periferia celular.

La proteasa viral desempeña un papel central en esta fase, al escindir las poliproteínas precursoras en proteínas estructurales y enzimas funcionales, proceso indispensable para la formación de viriones maduros e infectantes tras la gemación viral (19).

Clínicamente, el Estadio 2 de la OMS se asocia a manifestaciones cutáneo-mucosas leves, como dermatitis seborreica e infecciones fúngicas ungueales. Desde el punto de vista fisiopatológico, estos hallazgos reflejan un deterioro progresivo de la competencia inmunitaria, condicionado por la activación crónica del sistema inmunológico, la apoptosis de linfocitos T mediada por proteínas virales como Nef y la formación de sincitios, lo que indica un compromiso inmunitario de grado moderado (20).

### **3. Fase de enfermedad avanzada o SIDA (Estadios clínicos 3 y 4 de la OMS)**

La progresión clínica de la infección alcanza su estadio terminal con la evolución hacia la enfermedad avanzada por VIH o SIDA. Este fenómeno se desencadena cuando la población de linfocitos T CD4+ experimenta una depleción severa, situándose por debajo del umbral inmunológico crítico de las 200 células/mm<sup>3</sup>. Dicha condición de inmunosupresión profunda propicia un entorno biológico vulnerable para el desarrollo de patologías oportunistas y la manifestación de neoplasias definatorias de SIDA, las cuales marcan el pronóstico clínico del paciente

**Estadio clínico 3:** En esta fase, el conteo de linfocitos CD4 suele situarse entre 200 y 350 células/mm<sup>3</sup>. Este se caracteriza por presentar síntomas de moderados a graves, como pérdida de peso superior al 10 %, diarrea crónica de más de un mes, tuberculosis pulmonar y candidiasis oral persistente, secundarias a la perturbación de la inmunidad celular mediada por linfocitos Th1 (19,21).

**Estadio clínico 4:** Corresponde al SIDA o enfermedad avanzada por VIH. El compromiso inmunitario es severo, con recuentos de CD4 inferiores a 200 células/mm<sup>3</sup>. Se asocia a patologías de alta mortalidad, entre ellas neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, sarcoma de Kaposi, toxoplasmosis cerebral y tuberculosis extrapulmonar. En esta fase, la actividad sostenida de la proteasa y la integrasa permite la producción continua de nuevos viriones que infectan las escasas células diana remanentes, contribuyendo al desarrollo de caquexia asociada al VIH. La capacidad regenerativa del sistema inmunitario se encuentra prácticamente

agotada, y el riesgo de muerte es elevado en ausencia de intervención terapéutica inmediata (20,21).

## **EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH:**

### **Panorama epidemiológico mundial**

A nivel global, la infección por el VIH continúa representando una importante dificultad de salud pública. Desde el inicio de la pandemia, aproximadamente 91,4 millones de personas se han infectado. De acuerdo con los informes más recientes de ONUSIDA (2024), se estima que alrededor de 40,8 millones de personas viven actualmente con VIH en el mundo.

Durante las últimas décadas, la respuesta sanitaria internacional ha experimentado una evolución notable. En el periodo comprendido entre 2010 y 2024, se registró una atenuación del 40 % en la tasa de nuevas infecciones por VIH, acompañada de una reducción drástica del 54 % en la mortalidad asociada al SIDA. Paralelamente, la implementación de la estrategia de ONUSIDA '95-95-95' ha evidenciado avances significativos en la cascada de atención: actualmente, el 87 % de los individuos seropositivos ha sido tamizado y conoce su estado; de este grupo, el 89 % se encuentra vinculado a una terapia antirretroviral (TAR) activa; y, finalmente, el 94 % de los pacientes en tratamiento ha alcanzado el éxito terapéutico mediante la supresión de la carga viral. (22,23).

### **Situación en América Latina**

En América Latina, la epidemia de VIH se mantiene predominantemente concentrada en poblaciones clave. La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) estimó que, hasta 2024, aproximadamente 4,2 millones de personas viven con VIH en la región, de las cuales cerca del 14 % desconoce su diagnóstico. A diferencia de la tendencia global descendente, las nuevas infecciones por VIH en América Latina han aumentado en aproximadamente 13 % desde 2010.

En contraste, la mortalidad asociada al VIH ha disminuido en un 31 % durante el mismo periodo. La cobertura del TAR alcanzó aproximadamente el 71 % hacia finales de 2024. No obstante, persisten barreras estructurales importantes, entre ellas el estigma social y el diagnóstico tardío. Se estima que alrededor de una de cada tres personas inicia la

atención médica en etapas avanzadas de la enfermedad, correspondientes a los estadios clínicos 3 o 4 de la OMS (23,17).

### **Situación epidemiológica del VIH en el Perú**

En el Perú, la epidemia de VIH se clasifica como concentrada. Según la Sala Situacional de la CDC-MINSA, hasta el año 2024 se han registrado aproximadamente 185 687 personas diagnosticadas con infección por VIH, de las cuales 51 258 han desarrollado SIDA. Para ese mismo periodo, se estimaba que alrededor de 130 000 personas vivían con VIH en el país.

La principal vía de transmisión continúa siendo la sexual. La epidemia afecta predominantemente a varones, con una razón hombre/mujer de aproximadamente 3,5:1. El grupo etario con mayor carga de enfermedad corresponde a adultos jóvenes entre 20 y 34 años. Lima y Callao concentran la mayor proporción de casos; sin embargo, regiones de la costa norte y de la selva han mostrado un incremento progresivo en las tasas de incidencia, lo que requiere fortalecer las estrategias de vigilancia epidemiológica y control de la enfermedad (24,25).

### **Situación en la región Lambayeque**

La región Lambayeque se encuentra entre las zonas con mayor carga de VIH en el norte del país. Durante la última década (2015-2025), se han registrado más de 3 800 diagnósticos confirmados. De acuerdo con la sala situacional de VIH, durante el año 2025 se notificaron 314 nuevos casos de infección por VIH y 62 casos de SIDA en la región. Los distritos de Chiclayo, José Leonardo Ortiz y Lambayeque concentran el mayor número de casos reportados.

Este fragmento es fundamental para tu sección de Planteamiento del Problema o Justificación, ya que aterriza la problemática global a tu realidad local de estudio. He ajustado el lenguaje para que sea más analítico y técnico, ideal para una tesis de salud pública o epidemiología.

La dinámica de contagio se encuentra liderada predominantemente por la vía de transmisión sexual, incidiendo con mayor prevalencia en el grupo etario comprendido entre los 20 y 34 años. En el contexto regional, se identifica como un nudo crítico la deserción o pérdida de seguimiento de los usuarios en los centros de salud del primer

nivel de atención. En este escenario, la observancia al TAR se encuentra condicionada por una compleja interacción de determinantes socioeconómicos y barreras geográficas. Tales condiciones subrayan la urgencia de examinar los factores vinculados a la adherencia farmacológica en el Puesto de Salud de Lambayeque durante el ciclo anual 2025, a fin de mitigar las brechas en la continuidad del cuidado (26,27).

### **TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL:**

El tratamiento antirretroviral (TAR) constituye una estrategia terapéutica orientada al control virológico crónico de la infección por el VIH, sin representar una intervención curativa. Su fundamento se basa en la terapia combinada, que emplea al menos dos y habitualmente tres fármacos pertenecientes a distintas familias farmacológicas, dirigidos a diferentes etapas del ciclo replicativo viral (20)

Este enfoque terapéutico permite reducir significativamente la probabilidad de selección de cepas virales resistentes, considerando que la transcriptasa inversa del VIH presenta una alta tasa de error durante la replicación viral. Al inhibir simultáneamente múltiples blancos enzimáticos, disminuye la posibilidad de supervivencia de variantes virales resistentes (20)

En el sistema de salud peruano, incluyendo la región Lambayeque, la implementación del TAR se enmarca en el enfoque de “Tratamiento como Prevención” (*Treatment as Prevention*, TasP), mediante el cual el beneficio clínico individual se traduce en un impacto positivo en la salud pública al reducir la transmisión del virus (16)

Los objetivos del TAR se analizan bajo tres ejes de éxito terapéutico:

- **Supresión Viroológica Profunda:** La meta es reducir la carga viral plasmática a niveles por debajo del límite de detección comercial (normalmente <50 copias/mL). La supresión mantenida previene el daño citopático directo del virus sobre los linfocitos T y reduce la activación inmunitaria crónica, la cual es responsable del envejecimiento prematuro y complicaciones cardiovasculares en pacientes con VIH (28).
- **Restauración y Homeostasis Inmunológica:** El éxito se mide por el incremento del recuento absoluto y porcentual de linfocitos T CD4+. Una respuesta

inmunológica óptima se define como un aumento de 50 a 150 células/mm<sup>3</sup> durante el primer año. Esto permite la regeneración del repertorio de células T y la recuperación de la vigilancia contra patógenos como *M. tuberculosis* y *Cryptococcus* (19).

- **Efecto Epidemiológico:** El concepto "Indetectable es igual a Intransmisible" está respaldado por estudios clínicos de gran escala. Se ha demostrado que, con una carga viral suprimida por al menos 6 meses, el riesgo de transmisión sexual es cero, lo que reduce el estigma y transforma la percepción de la enfermedad en la comunidad (29).

## Fármacos y esquemas

La elección del esquema en Perú se basa en la eficacia, la barrera genética (resistencia a mutaciones) y la tolerabilidad.

Clases de Medicamentos:

- a. **Inhibidores de la Transcriptasa Inversa No Análogos de los Nucleósidos (Tenofovir/ Lamivudina):** Actúan como terminadores de cadena durante la síntesis del ADN viral. El Tenofovir (TDF) es un nucleótido que requiere menos pasos de fosforilación celular (30).
- b. **Inhibidores de la Integrasa (Dolutegravir):** Es el fármaco de elección actual. Bloquea la transferencia de la cadena de ADN viral al genoma del huésped. Posee una alta barrera genética, lo que significa que el virus requiere múltiples mutaciones específicas para generar resistencia, a diferencia del Efavirenz (20)
- c. **Inhibidores de Proteasa (Atazanavir/Ritonavir):** Actúan en la fase final (gemación). Al inhibir la proteasa, los viriones liberados son inmaduros y no pueden infectar nuevas células. Se reservan para esquemas de rescate o alternativas por su perfil de efectos adversos metabólicos (16).

**TABLA 01: ESQUEMAS DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE LA INFECCIÓN POR VIH (16)**

<b>Tipo de Esquema</b>	<b>Combinación de Fármacos (Abreviaturas)</b>	<b>Observaciones Clínicas</b>
<b>Esquema Preferido (1ra Línea)</b>	<b>TDF / 3TC / DTG</b>	Una sola tableta diaria. Alta eficacia y barrera genética.
<b>Esquema Alternativo 1</b>	<b>ABC / 3TC + DTG</b>	Utilizado cuando hay contraindicación para TDF.
<b>Esquema Alternativo 2</b>	<b>TDF / 3TC + EFV (600mg)</b>	Esquema antiguo; se usa en casos donde no se puede emplear DTG.
<b>Esquema para Falla Renal</b>	<b>AZT / 3TC + LPV/r o ATV/r</b>	Ajustado según el aclaramiento de creatinina del paciente.

Leyenda: TDF: TENOFOVIR, 3TC: LAMIVUDINA, DTG: DOLUTEGRAVIR, EFV: EFAVIREZ, LPV/r: LOPINAVIR/RITONAVIR, ATV/r: ATAZANAVIR/RITONAVIR

#### **ADHERENCIA AL TAR:**

De acuerdo con la OMS, la adherencia terapéutica se conceptualiza como la medida en que la conducta del paciente, que integra la administración de la farmacoterapia, la observancia de pautas nutricionales y la modificación de hábitos de vida guarda congruencia con las directrices consensuadas con el personal sanitario (31).

En el contexto de la infección por VIH/SIDA, la adherencia constituye un proceso dinámico y multidimensional que trasciende la simple ingesta de fármacos, implicando un compromiso continuo del paciente con el manejo de una enfermedad crónica. Este proceso resulta fundamental para alcanzar y mantener la supresión virológica sostenida. A diferencia de otras enfermedades crónicas, el tratamiento del VIH requiere niveles elevados de adherencia terapéutica, tradicionalmente estimados en valores superiores al 95 %, con el fin de prevenir la selección de cepas virales resistentes, considerando la alta tasa de mutación del virus durante su replicación (16,31).

La literatura científica contemporánea aborda la adherencia terapéutica desde un enfoque biopsicosocial. El Modelo de Creencias en Salud plantea que la adherencia depende de la percepción individual de susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad percibida, los beneficios esperados del tratamiento y las barreras identificadas para su cumplimiento. De manera complementaria, la Teoría de la Acción Razonada propone que la intención de cumplir con el TAR está influida por la actitud personal del paciente hacia la terapia y por la norma subjetiva, entendida como la presión social percibida en su entorno inmediato (32).

En contextos de atención primaria y en entornos con características socioculturales específicas, como algunas comunidades de la región Lambayeque, la evidencia sugiere que factores como el estigma social asociado al VIH y la disponibilidad de redes de apoyo familiar pueden tener un mayor peso en la adherencia terapéutica que variables como el nivel educativo del paciente (32,33).

### **Factores asociados a la adherencia**

La adherencia al TAR es el resultado de la interacción de múltiples determinantes. La OMS agrupa estos factores en cinco dimensiones principales, las cuales constituyen un marco conceptual útil para la estructuración de instrumentos de recolección de datos en investigación clínica y epidemiológica (31,34).

- Factores relacionados con el paciente: Incluyen variables como el estado de salud mental (depresión, ansiedad), el consumo de sustancias psicoactivas, el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y las expectativas respecto al tratamiento (34).
- Factores socioeconómicos: Comprenden condiciones como la pobreza, la falta de apoyo social, las dificultades de acceso a los servicios de salud, incluyendo el

costo de transporte hacia los establecimientos de salud, y el estigma social asociado al diagnóstico de VIH (33,34).

- Factores relacionados con la terapia: Incluyen la complejidad del régimen terapéutico, el número de comprimidos, la frecuencia de administración, los efectos adversos tempranos y las posibles restricciones alimentarias asociadas al tratamiento (31,35).
- Factores relacionados con la condición clínica: Se refieren al estado clínico del paciente, la presencia de síntomas, la coexistencia de infecciones oportunistas, como la tuberculosis, y la percepción individual de la gravedad de la enfermedad (16,35).
- Factores relacionados con el sistema de salud: Comprenden la calidad de la relación entre el paciente y el personal sanitario, la continuidad en la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales y la accesibilidad a los servicios de atención, incluyendo tiempos de espera y organización de la atención (31,33).

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIO DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN
Características sociodemográficas	Edad	Grupo etario	1. Adulto joven (18 – 29 años) 2. Adulto (30 – 59 años) 3. Adulto mayor ( $\geq$ 60 años)	Ordinal
	Sexo	Sexo biológico	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
	Grado de instrucción	Nivel educativo	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	Ordinal
	Estado civil	Estado conyugal	1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado 5. Conviviente	Nominal
	Ocupación	Actividad laboral	1. Trabaja en casa 2. Estudiante 3. Trabajo dependiente	Nominal

			4.Trabajo independiente 5. Trabajo eventual	
Características clínicas	Etapa de infección	Recuento de linfocitos CD4	1. Etapa 1 (>500) 2. Etapa 2 (350-499) 3. Etapa 3 (200-349) 4. Etapa 4 (<200)	Ordinal
	Efectos secundarios	Valoración de intensidad	1. Ninguno 2. Leve 3. Moderado 4. Severo	Ordinal
	Detección de carga viral	Número de copias	1. Carga viral indetectable (<50 copias/ml) 2. Suprimida (entre 50 - 1000 copias/ml.) 3.No suprimida (>1000 copias/ml.)	Ordinal
	Reconocimiento de fármacos	Recuerda medicamentos	1.Ninguno 2. Parcial 3.Todos	Ordinal
	Tiempo de tratamiento antirretroviral	Duración del tratamiento	1. <12 meses 2. 12-60 meses	Ordinal

			3. >60 meses	
Características psicosociales	Relación médico - paciente	Autorreporte	1. Mala 2. Regular 3. Buena	Ordinal
	Consumo de drogas	Autorreporte	1. Sí 2. No	Nominal
	Consumo de alcohol	Autorreporte	1. Sí 2. No	Nominal
	Vía de contagio	Autorreporte	1. Sexual 2. No sexual 3. No precisa	Nominal
Adherencia al tratamiento		Grado de adherencia al tratamiento antirretroviral	1. No adherencia (17 - 80 puntos) 2. Sí Adherencia (80 - 89 puntos)	Nominal

## CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES

### DISEÑO METODOLÓGICO

Observacional, analítico, transversal, prospectivo

### POBLACIÓN Y MUESTRA

**Población:** La investigación se llevó a cabo en la IPRESS Toribia Castro Chirinos, ubicada en Lambayeque. El universo poblacional estuvo constituido por la totalidad de pacientes integrados al programa de tratamiento antirretroviral durante el marco temporal comprendido entre febrero y diciembre de 2025. Tras la aplicación rigurosa de los criterios de elegibilidad (inclusión y exclusión), la muestra quedó conformada por un censo de 78 usuarios, garantizando así la representatividad del grupo de estudio para el periodo analizado.

**Muestra:** Respecto a la determinación del tamaño muestral y la identificación de las unidades de análisis se aplicó la fórmula aplicable a las poblaciones finitas, donde se obtuvo el número de muestra de 65

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

N: Población = 78

Z: nivel de confianza = 1.96 (Z<sup>2</sup> = 3.8416)

E: margen de error deseado = 0.05 (E<sup>2</sup> = 0.0025)

p: probabilidad a favor = 0.50

q: probabilidad en contra = 0.50

n: tamaño de la muestra = 65

Se empleó una técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando de forma exhaustiva a la totalidad de los sujetos que acudieron a la unidad sanitaria para el suministro de su esquema antirretroviral durante la fase de levantamiento de información. La conformación final del grupo de estudio quedó supeditada al cumplimiento estricto de los criterios de elegibilidad previamente establecidos en el protocolo de investigación.

### Criterios de inclusión:

- Personas con VIH mayores de 18 años que asisten a recibir tratamiento antirretroviral en la IPRESS Toribia Castro Chirinos con un mínimo de 1 mes de tratamiento.
- Personas viviendo con VIH que aceptaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes que presentan coinfección de VIH y Tuberculosis
- Pacientes gestantes
- Personas viviendo con VIH que presenten patología neuropsiquiátrica

**TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En la presente elaboración del instrumento para nuestro estudio se utilizó la técnica de la encuesta y el instrumento es el cuestionario con el objetivo de determinar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH

**MÉTODO**

El instrumento utilizado para la recolección de datos de la variable adherencia al TAR fue el Cuestionario de Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH), desarrollado por Eduardo Remor de la Universidad Autónoma de Madrid (36) como una herramienta de auto-reporte para medir la adherencia a la terapia antirretroviral en personas que viven con VIH/SIDA. En el contexto peruano, el instrumento fue adaptado y validado por Tafur-Valderrama et al. en 2008 en una muestra de pacientes bajo TAR, demostrando propiedades psicométricas adecuadas para su aplicación, con una consistencia interna aceptable, evidenciada por un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,706 (37).

El cuestionario está conformado por 20 ítems, los cuales evalúan diversos aspectos de la adherencia al TAR, incluyendo la adherencia durante la última semana, la adherencia global desde el inicio del tratamiento, el cumplimiento del horario en la toma de la medicación, la autoevaluación del paciente sobre su grado de adherencia y el recuerdo del nombre de los fármacos que conforman su esquema terapéutico (38). Asimismo, el instrumento evalúa factores moduladores de la adherencia, tales como los antecedentes de falta de adherencia, la relación médico-paciente, las creencias del paciente respecto al

tratamiento y el uso de estrategias para recordar la toma de la medicación. La puntuación total se obtiene mediante la suma de los ítems, con un puntaje mínimo de 17 y un máximo de 89 puntos (37). La adherencia al tratamiento se clasificó como ‘sí adherente’ cuando el puntaje del CEAT-VIH se encontraba entre 81 y 89 puntos, y como ‘no adherente’ cuando el puntaje oscilaba entre 17 y 80 puntos (38). Si bien el tamaño muestral referencial fue de 65 participantes, se incluyó a todos los pacientes accesibles durante el periodo de recolección de datos que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo un total de 66

Los datos sociodemográficos como edad, sexo y nivel de estudios, se obtuvieron mediante la entrevista (48). Los datos clínicos como tiempo de infección, conteo de linfocitos CD4, la carga viral y tipo de tratamiento fueron tomados de las historias clínicas (48).

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS**

Los datos fueron ordenados y tabulados utilizando el programa Microsoft Excel. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el software Stata versión 16.0, empleándose estadística descriptiva para la caracterización de la población de estudio. Las variables se presentaron mediante frecuencias y porcentajes.

La variable dependiente fueron la adherencia al TAR, categorizada en dos niveles de acuerdo con el puntaje del CEAT-VIH. Las variables independientes incluyeron características sociodemográficas (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y ocupación), clínicas (etapa de infección, efectos secundarios, detección de carga viral, reconocimiento de fármacos y tiempo de tratamiento) y psicosociales (relación médico-paciente, consumo de drogas, consumo de alcohol y vía de contagio).

En el análisis bivariado se utilizó la prueba de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre la adherencia al tratamiento y las variables independientes categóricas, se usará la prueba exacta de Fisher cuando se identificaron frecuencias esperadas menores a 5. Finalmente, se empleó regresión logística simple para identificar factores asociados a niveles superiores de adherencia al tratamiento, estimándose odds ratios con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Se estudiaron las siguientes variables:

- Grupo de edades: Escala abierta con 3 intervalos de clases, construida a partir de la edad en años cumplidos, según norma técnica de curso de vida de Perú
- Sexo: Según el sexo biológico (masculino o femenino)
- Educación: Lo clasificaremos en analfabeto, primaria, secundaria, superior
- Estado civil: Según estado conyugal, soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente
- Ocupación: Según la actividad laboral que realice
- Etapa de infección: Clasificada según el conteo de linfocitos CD4 registrado en la historia clínica: estadio 1, 2, 3 o 4.
- Efectos secundarios: Recogidos mediante una escala de cinco categorías; para el análisis estadístico, estas fueron recodificadas en cuatro niveles (ninguno, leve, moderado y severo)
- Detección de carga viral: según número de copias
- Reconocimiento de fármacos: Medido con el nombre de tratamiento que lleva
- Tiempo de tratamiento: El tiempo de TAR fue categorizado en tres grupos: menor de 12 meses, de 12 a 60 meses y mayor de 60 meses, con la finalidad de facilitar el análisis bivariado y evaluar su asociación con la adherencia al tratamiento.
- Relación médico-paciente: Es la percepción del trato del personal de salud hacia el paciente. Fue evaluada mediante autorreporte. Para el análisis estadístico, las cinco categorías originales fueron recodificadas en tres niveles: mala, regular y buena.
- Consumo de drogas: Según autorreporte del paciente
- Consumo de alcohol: Según autorreporte del paciente
- Vía de contagio: Según autorreporte del paciente

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Se respetó la Declaración de Helsinki y lo dispuesto en la Ley General de Salud, las cuales son las normas internacionales que más se ajusta a la naturaleza de su investigación. Se protegió el anonimato, la confidencialidad de la información y se recabó consentimiento informado

## CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### RESULTADOS

De las 78 personas pertenecientes inicialmente en el programa de TAR de la IPRESS Toribia Castro Chirinos, 2 no aceptaron participar del estudio y 10 no pudieron ser contactados por los investigadores. El análisis final incluyó a 66 participantes.

La tabla 02 indica las características sociodemográficas, donde predominaron los adultos (62,1 %), seguidos de adultos jóvenes (36,4 %). Respecto al sexo, la mayoría fueron varones (83,33 %); el grado de instrucción secundaria prevalece (77,27 %) y la ocupación predominante fue dependiente (57,6 %)

**TABLA 2:** Características sociodemográficas de los participantes

VARIABLES	n	(%)
<b>EDAD</b>		
Adulto joven	24	(36.36)
Adulto	41	(62.12)
Adulto mayor	1	(1.52)
<b>SEXO</b>		
Femenino	11	(16.67)
Masculino	55	(83.33)
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Analfabeto	1	(1.52)
Primaria	4	(6.06)
Secundaria	51	(77.27)
Superior	10	(15.15)
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Conviviente	18	(27.27)
Soltero	48	(72.73)
<b>OCUPACIÓN</b>		
Dependiente	38	(57.58)
Estudiante	3	(4.55)
Independiente	15	(22.73)
Trabajo eventual	5	(7.58)
Trabajo en casa	5	(7.58)

La tabla 3 describe las características clínicas de los pacientes en estudio, observándose que el mayor porcentaje estudiado está en etapa 1 de infección (68,18 %), seguido de la etapa 2 con (15.15 %). La mayor parte refirió haber cursado con efectos secundarios leves (62.12 %); también, la mayoría de muestra presenta carga viral indetectable (77,27 %). El 50 % de la población lleva tratamiento entre 12 – 60 meses, y 23 % que lleva más de 60 meses.

**TABLA 3:** Características clínicas de los participantes

VARIABLES	n	(%)
<b>ETAPA DE INFECCIÓN</b>		
Etapa 1	45	(68.18)
Etapa 2	10	(15.15)
Etapa 3	9	(13.64)
Etapa 4	2	(3.03)
<b>EFFECTOS SECUNDARIOS</b>		
Ninguno	13	(19.70)
Leve	41	(62.12)
Moderado	12	(18.18)
Severo	0	(0)
<b>CARGA VIRAL</b>		
Indetectable	51	(77.27)
Suprimida	8	(12.12)
No suprimida	7	(10.61)
<b>RECONOCIMIENTO DE FÁRMACOS</b>		
Ninguno	43	(65.15)
Parcial	17	(25.76)
Total	6	(9.09)
<b>TIEMPO DE TRATAMIENTO</b>		
<12 meses	10	(15.15)
12 - 60 meses	33	(50.00)
>60 meses	23	(34.85)

La tabla 4 muestra las características psicosociales de los participantes. El mayor porcentaje de pacientes declararon llevar una relación regular con el personal de salud (51,52 %) y buena el restante (48,48 %), la mayor parte negó el consumo de drogas y alcohol (93,94 % y 63,64 % respectivamente) aunque algunos declararon consumo ocasional (36,36 %).

**TABLA 4:** Características psicosociales de los participantes

VARIABLES	n	(%)
<b>RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE</b>		
Mala	0	(0)
Regular	34	(51.52)
Buena	32	(48.48)
<b>CONSUMO DE DROGAS</b>		
No	62	(93.94)
Sí	4	(6.06)
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>		
Sí	0	(0)
No	42	(63.64)
Ocasional	24	(36.36)
<b>VIA DE CONTAGIO</b>		
Sexual	35	(53.03)
No sexual	0	(0)
Desconoce	31	(46.97)

En la tabla 5 nos muestra la adherencia de la población estudiada. El 15,2 % de los participantes presentó adherencia al TAR.

**TABLA 5:** Adherencia al tratamiento antirretroviral de los participantes

VARIABLES	n	(%)
<b>ADHERENCIA A TRATAMIENTO</b>		
No	56	84.85
Sí	10	15.15

En la Tabla 6 se muestra la asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento. En relación con la edad, el 25 % de los adultos jóvenes fueron adherentes, en comparación con el 9,76 % de los adultos y ninguno de los adultos mayores. Sin encontrarse asociación entre edad y adherencia ( $p = 0,282$ ).

Respecto al sexo, La proporción de adherencia fue mayor en mujeres (27,27 %) que en hombres (12,37 %), sin evidenciarse asociación significativa ( $p = 0,351$ ). En cuanto al grado de instrucción, el 100 % de los participantes analfabetos fueron adherentes, mientras que la adherencia fue de 25 % en aquellos que estudiaron primaria, 15,69%, secundaria y 0% en educación superior. Esta variable mostró una tendencia a la asociación, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0,077$ ).

Finalmente, la proporción de adherencia fue mayor en estudiantes (66,67 %) y menor en trabajadores dependientes (7,89 %) En los grupos de trabajadores independientes, trabajo eventual y trabajo en casa, la adherencia fue del 20 % en cada categoría. Sin embargo, la asociación tampoco alcanzó significancia estadística ( $p = 0,061$ ).

**TABLA 6:** Asociación entre características sociodemográficos y la adherencia al TAR  
(n=66)

	ADHERENCIA		P		ADHERENCIA		P
	NO n(%)	SÍ n(%)			NO n(%)	SÍ n(%)	
<b>EDAD</b>			0.282*	<b>ESTADO CIVIL</b>			0.715*
Adulto joven	18 (75.00)	6 (25.00)		Conviviente	16 (88.89)	2 (11.11)	
Adulto	37 (90.24)	4 (9.76)		Soltero	40 (83.33)	8 (16.67)	
Adulto mayor	1 (100)	0 (0)					
<b>SEXO</b>			0.351*	<b>OCUPACIÓN</b>			0.061*
Femenino	8 (72.73)	3 (27.27)		Dependiente	35 (92.11)	3 (7.89)	
Masculino	48 (87.27)	7 (12.73)		Estudiante	1 (33.33)	2 (66.67)	
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>			0.077*	Independiente	12 (80.00)	3 (20.00)	
Analfabeto	0 (0)	1 (100)		Trabajo eventual	4 (80.00)	1 (20.00)	
Primaria	3 (75.00)	1 (25.00)		Trabajo en casa	4 (80.00)	1 (20.00)	
Secundaria	43 (84.31)	8 (15.69)					
Superior	10 (100)	0 (0)					

\*Se utilizó la prueba exacta de Fisher

En la tabla 7 se observa la asociación entre las características clínicas y la adherencia al tratamiento. El 100 % de los pacientes adherentes se encontraban en etapa 1 de infección; pero, no se evidenció asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,163$ )

Se observó mayor proporción de adherencia en pacientes sin efectos adversos (23,08 %), sin asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,331$ ). También, en pacientes con carga viral indetectable (23,08 %), seguida de aquellos con carga viral suprimida (12,50 %), no se observó relación estadística ( $p = 0,831$ ).

El mayor porcentaje de pacientes adherentes supo reconocer la totalidad de fármacos que tomaba (16,67 %). La diferencia no fue estadísticamente significativa entre reconocimiento de fármacos y adherencia ( $p = 1,000$ )

Finalmente, la proporción de adherencia fue mayor en pacientes con un tiempo de tratamiento de 12 a 60 meses (21,21 %) seguido de pacientes con tratamiento menor de 12 meses (10 %) y menor en pacientes con tratamiento mayor de 60 meses (8,70 %). Sin embargo, no se observó relación estadística ( $p = 0,061$ ).

**TABLA 7:** Asociación entre características clínicas y la adherencia al TAR (n=66)

	ADHERENCIA		P		ADHERENCIA		P
	NO n(%)	SÍ n(%)			NO n(%)	SÍ n(%)	
ETAPA DE INFECCIÓN			0.163*	CARGA VIRAL			0.831*
Etapa 1	35 (77.78)	10 (22.22)		Indetectable	42 (82.35)	9 (17.65)	
Etapa 2	10 (100)	0 (0)		Suprimida	7 (87.5)	1 (12.5)	
Etapa 3	9 (100)	0 (0)		No suprimida	7 (100)	0 (0)	
Etapa 4	2 (100)	0 (0)		RECONOCIMIENTO DE FÁRMACOS			1*
				Ninguno	36 (83.72)	7 (16.28)	
EFECTOS SECUNDARIOS			0.331*	Parcial	15 (88.24)	2 (11.76)	
Ninguno	10 (76.92)	3 (23.08)		Total	5 (83.33)	1 (16.67)	
Leve	34 (82.93)	7 (17.07)		TIEMPO DE TRATAMIENTO			0.515*
Moderado	12 (100)	0 (0)		<12 meses	9 (90)	1 (10)	
Severo	0 (0)	0 (0)		12 - 60 meses	26 (78.79)	7 (21.21)	
				>60 meses	21 (91.30)	2 (8.70)	

\*Se utilizó la prueba exacta de Fisher

En la tabla 8 se describe la asociación entre las características psicosociales y la adherencia al tratamiento. En la relación médico - paciente, el 25,0 % de los participantes que reportaron buena relación fueron adherentes, en comparación con el 5,88 % de aquellos que reportaron una relación regular. Se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p = 0,041$ ).

En relación con el consumo de alcohol, el 21,43 % de los participantes que no consumían alcohol fueron adherentes, en comparación con el 4,17 % de aquellos que reportaron consumo ocasional. No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre consumo de alcohol y adherencia ( $p = 0,080$ ).

Respecto al consumo de drogas, la proporción de adherencia fue mayor en quienes no lo consumían (16,13 %) mientras que no se registraron casos de adherencia en los participantes que reportaron consumo. La proporción de adherencia fue mayor en los que desconocen su vía de contagio (16,13 %) en comparación con la adherencia de los que reportan que su vía de contagio fue la vía sexual (14,29 %). En ambas variables no se encontró asociación ( $p = 1,000$ ).

**TABLA 8:** Asociación entre características psicosociales y la adherencia al TAR  
(n=66)

	ADHERENCIA		p
	NO n(%)	SÍ n(%)	
<b>RELACIÓN MEDICO - PACIENTE</b>			0.041*
Mala	0 (0)	0 (0)	
Regular	32 (94.12)	2 (5.88)	
Buena	24 (75)	8 (25)	
<b>CONSUMO DE DROGAS</b>			1*
Sí	4 (100)	0 (0)	
No	52 (83.87)	10 (16.13)	
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>			0.080*
Sí	0 (0)	0 (0)	
No	33 (78.57)	9 (21.43)	
Ocasional	23 (95.83)	1 (4.17)	
<b>VIA DE CONTAGIO</b>			1*
Sexual	30 (85.71)	5 (14.29)	
No sexual	0 (0)	0 (0)	
Desconoce	26 (83.87)	5 (16.13)	

\*Se utilizó la prueba exacta de Fisher

En la tabla 9 se presenta el análisis de regresión logística binaria simple. La relación médico – paciente se asoció significativamente con la adherencia al tratamiento (OR = 5,30; IC95%: 1,03 – 27,42; p = 0,045), evidenciándose que una mejor relación médico–paciente incrementa la probabilidad de adherencia. Además, el grado de instrucción también se asoció significativamente (OR = 0,20; IC95%: 0, 04 – 0,88; p = 0,034), observándose una disminución en la probabilidad de adherencia conforme aumenta el nivel educativo.

La variable etapa de infección y consumo de drogas presentaron separación completa (predicción perfecta), por lo que no fue posible estimar sus efectos. Las demás variables no mostraron asociación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento.

**TABLA 9:** Factores asociados a la adherencia al TAR entre los participantes (n = 66)

VARIABLE	OR	IC 95%	p
Características sociodemográficas			
EDAD	0.31	0.08 - 1.23	0.095
SEXO	0.38	0.08 - 1.82	0.231
GRADO DE INSTRUCCIÓN	0.2	0.04 - 0.88	0.034
ESTADO CIVIL	1.6	0.30 - 8.36	0.578
OCUPACIÓN	1.32	0.83- 2.12	0.236
Características clínicas			
ETAPA DE INFECCIÓN	No estimable*	----	----
EFFECTOS SECUNDARIOS	0.39	0.12 - 1.26	0.119
CARGA VIRAL	0.36	0.06 - 2.15	0.266
RECONOCIMIENTO DE FÁRMACOS	0.89	0.30 - 2.58	0.836
TIEMPO DE TRATAMIENTO	0.78	0.29 - 2.09	0.625
Características psicosociales			
RELACIÓN MEDICO - PACIENTE	5.3	1.03 - 27.42	0.045
CONSUMO DE DROGAS	No estimable*	----	----
CONSUMO DE ALCOHOL	0.39	0.13 - 1.16	0.092
VIA DE CONTAGIO	0.86	0.22 - 3.33	0.835

\* Predicción perfecta impidió la estimación del modelo

## **DISCUSIONES**

Las características sociodemográficas de la población atendida en la IPRESS Toribia Castro Chirinos evidenciaron un predominio del sexo masculino (83.33%) y del estado civil soltero (72.73%). Estos hallazgos son consistentes con las tendencias epidemiológicas reportadas por la sala situacional de VIH del MINSA 2025 y estudios realizados en Lima (24,38), que señalan que en el Perú la epidemia continúa concentrándose principalmente en varones. Asimismo, la elevada proporción de pacientes solteros coincide con lo reportado en el Hospital Santa Rosa de Lima (39), donde el 90% de los participantes tenía este estado civil. La literatura sugiere que la ausencia de una red de apoyo primaria puede constituir un determinante social asociado a menor adherencia al TAR (40).

En cuanto a la edad, la mayor concentración de participantes en la etapa adulta (62.12%) sugiere una población potencialmente económicamente activa. Si bien el empleo puede favorecer el acceso a recursos básicos como alimentación y transporte, estudios internacionales señalan que también puede generar barreras relacionadas con la compatibilidad entre horarios laborales y controles médicos (41).

Por último, el 77.27% presentó instrucción secundaria. Este nivel educativo podría facilitar la comprensión de las indicaciones médicas y la importancia de mantener una carga viral indetectable, lo que representa una oportunidad para implementar estrategias de educación terapéutica adaptadas al contexto sociocultural de la población (42). Estos hallazgos descriptivos permiten contextualizar el perfil sociodemográfico de la población antes de evaluar su posible asociación con la adherencia al tratamiento.

El predominio de la Etapa 1 de infección (68.18%) y la obtención de una carga viral indetectable en el 77.27% de la muestra son indicadores positivos de la eficacia del programa TARGA en la IPRESS Toribia Castro de Lambayeque. Estos resultados convergen con lo planteado por ONUSIDA en sus objetivos "95-95-95", donde se busca que las personas en tratamiento alcancen la supresión viral para mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de transmisión cuando la carga viral es indetectable (22). En el contexto regional, este éxito podría estar relacionado a que la mitad de la población (50.00%) tiene una antigüedad de tratamiento de entre 12 a 60 meses, lo que sugiere una fase de mantenimiento consolidada.

Sin embargo, surge un hallazgo paradójico: a pesar del éxito virológico, el 65.15% de los participantes manifiesta no reconocer los fármacos que consume. Este dato es preocupante y contrasta con quienes argumentan que el "alfabetismo en salud" es un pilar de la autonomía del paciente. La falta de reconocimiento de la medicación podría indicar una adherencia mecánica o tutelada, lo cual representa un riesgo ante posibles cambios de esquema o desabastecimiento, ya que el paciente no identifica su terapia (42).

Finalmente, la presencia de efectos secundarios leves en el 62.12% de los casos no parece haber sido un factor determinante para el abandono en esta muestra. Según un estudio colombiano, la tolerancia a los efectos adversos iniciales es mayor cuando el paciente percibe una mejora en su estado general de salud. No obstante, la persistencia de estos síntomas, por leves que sean, requiere un monitoreo continuo para evitar la "fatiga de medicación" a largo plazo, especialmente considerando que aproximadamente uno de cada seis pacientes puede interrumpir su medicación cuando experimenta malestar (43).

En relación con los factores psicosociales, el 100% de los pacientes calificó su relación con el personal de salud como "regular" (51.52%) o "buena" (48.48%), sin reportes de una mala relación. Este hallazgo podría reflejar una percepción favorable de la atención brindada en la IPRESS. La literatura señala que la confianza en el proveedor de salud constituye uno de los predictores más importantes de la persistencia terapéutica y continuidad en la atención (44). En el contexto de Lambayeque, la atención en una IPRESS de primer nivel podría favorecer una mayor cercanía física y emocional entre el personal sanitario y los pacientes. No obstante, debe considerarse la posibilidad de sesgo de deseabilidad social en las respuestas.

Por otro lado, el bajo reporte de consumo de drogas (93.94% negó el consumo) y el predominio de consumo inexistente u ocasional de alcohol constituyen hallazgos alentadores desde el punto de vista conductual. Estudios previos han documentado que el consumo de sustancias psicoactivas se asocia con mayor probabilidad de olvido de dosis y progresión a falla virológica (45), lo que resalta la importancia de monitorear estos factores dentro del seguimiento integral.

Finalmente, un dato que invita a la reflexión es que casi la mitad de los participantes (46.97%) desconoce su vía de contagio. Artículos describen que el desconocimiento o la negación del origen de la infección puede estar vinculado a un estigma internalizado o a una falta de consejería profunda durante el diagnóstico (46). Este "vacío de información"

coincide con el alto porcentaje de pacientes que no reconocen sus fármacos (65.15%), sugiriendo que, aunque los pacientes son adherentes y están controlados, todavía existe una brecha importante en el empoderamiento y conocimiento de su propia condición de salud.

El hallazgo más relevante de esta investigación es la baja tasa de adherencia al TAR (15,15%), cifra considerablemente inferior a los niveles óptimos descritos en la literatura para garantizar supresión viral sostenida. Al contrastar este resultado con estudios nacionales, se observa discrepancia con lo reportado por Barrera et al., quienes encontraron niveles de adherencia superiores al 80% en población de Lima (38).

Resulta particularmente llamativo que, pese a que el 84,85% de los participantes fue categorizado como no adherente, el 77,27% presentó carga viral indetectable. Esta aparente “brecha de adherencia” podría explicarse por el uso de esquemas antirretrovirales de alta barrera genética, los cuales permiten mantener la supresión viral incluso ante niveles subóptimos de cumplimiento terapéutico. Asimismo, no debe descartarse la influencia del método de medición de adherencia empleado, que podría estar sobreestimando la no adherencia.

No obstante, este escenario implica un riesgo potencial a mediano y largo plazo, ya que la persistencia de una adherencia irregular favorece la aparición de mutaciones de resistencia, comprometiendo futuras alternativas terapéuticas y la sostenibilidad del control virológico (47).

Entre los factores sociodemográficos, se observó una mayor proporción de adherencia en pacientes adultos jóvenes. Este hallazgo es consistente con un estudio realizado en Tacna (48), donde se reportó que una mayor edad se correlaciona con peor adherencia al TAR, aunque en ambos estudios la asociación no alcanzó significancia estadística. Asimismo, una investigación realizada en Corea del Sur entre 2009 y 2016 evidenció que los pacientes mayores de 49 años presentaban mayor riesgo de incumplimiento terapéutico (49).

Sin embargo, la evidencia no es uniforme. Un estudio retrospectivo de cohortes en Tanzania encontró que los jóvenes entre 20 y 24 años presentaban menor adherencia, reportándose que uno de cada tres abandonaba la terapia antirretroviral (40, 50). De

manera similar, otra investigación señaló que los pacientes de 40 años o más tenían mayor probabilidad de adherirse al tratamiento en comparación con aquellos menores de 30 años (40).

Estas discrepancias podrían explicarse por diferencias en el contexto sociocultural, el acceso a los servicios de salud, el apoyo social y las responsabilidades laborales propias de cada grupo etario, factores que pueden influir de manera distinta en la continuidad del tratamiento (22).

Respecto al sexo, la proporción de adherencia fue mayor en mujeres; sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la adherencia al tratamiento en nuestro estudio. Este hallazgo es similar de lo reportado en un estudio realizado en Perú en 2017 (38), donde se sugirió que las mujeres presentan mejor adherencia al TAR. De manera similar, Díaz (14) encontró en un hospital nivel II-2 que la no adherencia al TAR es más frecuente en hombres. Asimismo, diversos estudios señalan que las mujeres muestran mayor adherencia en enfermedades crónicas y mayor responsabilidad en el cumplimiento terapéutico (38,51).

No obstante, la evidencia no es concluyente. Un estudio realizado en Cuba (52) reportó mayor adherencia en hombres, mientras que Varela y Hoyos (53) indican que las mujeres diagnosticadas con VIH/sida pueden enfrentar menores oportunidades para mantenerse adheridas al tratamiento. En esta línea, Piña et al. (54) plantean que existe una relación entre adherencia terapéutica, género y depresión, siendo esta interacción más evidente en mujeres. Las discrepancias entre estudios podrían explicarse por diferencias socioculturales, características de la población estudiada, acceso a servicios de salud y factores psicosociales asociados al género.

En nuestro estudio, se observó una menor probabilidad de adherencia conforme aumentaba el nivel educativo, hallazgo que alcanzó significancia en el análisis multivariado. Este hallazgo debe interpretarse con cautela debido al tamaño reducido en algunas categorías educativas. Este resultado resulta contrario a lo descrito en la mayoría de estudios, donde un mayor nivel educativo suele asociarse con mejor adherencia (14,48,52), un mejor nivel de escolaridad le permite al individuo un mayor acceso a canales de información y comprensión de las diversas situaciones que puedan presentarse en el acontecer diario (48,52).

Sin embargo, este comportamiento podría explicarse por características propias de la población estudiada. Es posible que los participantes con mayor nivel educativo presenten mayores responsabilidades laborales o menor disponibilidad para acudir a controles, lo que podría afectar la continuidad del tratamiento. Asimismo, el reducido número de participantes en algunas categorías educativas, particularmente en el grupo de analfabetos, podría haber influido en la estimación de las proporciones observadas.

Estos hallazgos sugieren que la relación entre nivel educativo y adherencia no es lineal y podría estar mediada por factores sociales, económicos o laborales que merecen ser explorados en futuros estudios.

En nuestro estudio, todos los pacientes adherentes se encontraban en etapa 1 de la infección. Aunque en el análisis bivariado no se alcanzó significancia estadística, en el modelo multivariado se evidenció separación completa, lo que impidió la estimación del efecto mediante regresión logística convencional. Este fenómeno probablemente se explica por el reducido número de participantes en etapas clínicas más avanzadas, lo que limita la variabilidad necesaria para estimar asociaciones estables. Desde el punto de vista clínico, es plausible que los pacientes en etapas iniciales presenten mejor adherencia debido a menor carga sintomática y menor presencia de complicaciones (5,48); sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela debido a la inestabilidad estadística observada. De manera similar, en el estudio de Miranda realizado en Tacna tampoco encontró asociaciones estadísticamente significativas (48).

Se observó mayor proporción de adherencia en pacientes sin efectos adversos, sin asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariado ni multivariado. Esto contrasta con los estudios donde el riesgo de no adherencia fue significativamente mayor en los pacientes que presentaron algún problema relacionado con los medicamentos o una reacción adversa a los antirretrovirales (11,51,52) y por Bernal, quien menciona que la aparición de toxicidad es la principal causa de abandono del tratamiento (55,56) ya que afectaban la vida diaria (57). Desde el punto de vista clínico, los pacientes en estadios III/IV presentan mayor probabilidad de desarrollar infecciones oportunistas (5), lo que implica tratamientos concomitantes que pueden generar interacciones farmacológicas, toxicidad adicional o intolerancia, favoreciendo el incumplimiento terapéutico (5,58).

La mayor proporción de adherencia se observó en pacientes con carga viral indetectable, seguida de aquellos con carga viral suprimida; sin embargo, no se evidenció asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariado ni multivariado. Este hallazgo es consistente con la literatura que describe una relación estrecha entre adecuada adherencia al TAR y supresión viral, reflejada en menores niveles de carga viral (48,59).

No obstante, algunos estudios han reportado que pacientes con cargas virales elevadas al inicio del seguimiento (>1000 o incluso >50.000 copias/ml) mostraron posteriormente mayor adherencia (38,48), lo que podría explicarse por un efecto motivacional, en el que un resultado de laboratorio más desfavorable impulsa al paciente a cumplir rigurosamente el tratamiento en meses posteriores. Dado el diseño transversal del presente estudio, no es posible establecer la dirección temporal entre ambas variables, por lo que los resultados deben interpretarse con cautela.

En nuestro estudio, La mayoría de las PVVIH en el presente estudio desconocían los nombres de su régimen de TAR, lo que refleja la brecha en la información proporcionada por los médicos, farmacéuticos o consejeros de TAR (60) el reconocimiento de los fármacos no se asoció significativamente con la adherencia al tratamiento, tanto en el análisis bivariado como en el multivariado. Si bien el conocimiento del tratamiento suele considerarse un componente de la alfabetización en salud (61), la evidencia reciente sugiere que el simple reconocimiento del nombre de los medicamentos no necesariamente se traduce en una mejor adherencia (57,60,61) especialmente cuando intervienen factores psicosociales como el apoyo social, el estigma o la salud mental (61).

Estudios recientes han señalado que la adherencia al TAR está más estrechamente relacionada con la comprensión integral del régimen terapéutico y la percepción de necesidad del tratamiento que con el conocimiento nominal de los fármacos (57,60). Asimismo, el amplio intervalo de confianza observado en nuestro análisis sugiere imprecisión en la estimación, posiblemente relacionada con el tamaño muestral, lo que podría haber limitado la capacidad para detectar una asociación real.

La proporción de adherencia fue mayor en pacientes con un tiempo de tratamiento de 12 a 60 meses, seguido de pacientes con tratamiento menor de 12 meses y menor en pacientes con tratamiento mayor de 60 meses. Sin embargo, la asociación tampoco alcanzó significancia estadística en la regresión bivariada ni multivariada. Estos hallazgos son

parcialmente consistentes con lo reportado en el centro de La Habana donde un tiempo de tratamiento mayor de 5 años, fue factor de riesgo de mala adherencia terapéutica a la TAR (52,62). Una posible explicación es que, con el paso del tiempo, algunos pacientes pueden experimentar fatiga terapéutica, disminución de la percepción de riesgo o relajación progresiva en el cumplimiento del esquema (52,60). Asimismo, estudios previos han señalado que ciertas creencias erróneas ya que creían que la TAR debe tomarse solo durante algunos años (60,63). Sin embargo, hay estudios dado que en nuestro estudio la asociación no fue estadísticamente significativa, estos resultados deben interpretarse con cautela. Es posible que el tamaño muestral o la presencia de factores de confusión no controlados hayan limitado la capacidad para detectar una asociación real.

En cuanto a la relación médico-paciente, los participantes que reportaron una buena relación con el equipo de salud presentaron mayor proporción de adherencia en comparación con aquellos que percibieron una relación regular o mala. Esta asociación fue estadísticamente significativa en el análisis univariado y, en el modelo multivariado, se observó que una buena relación médico-paciente incrementó hasta cinco veces la probabilidad de adherencia al tratamiento.

Estos hallazgos son consistentes con la literatura reciente, que destaca la importancia de la alianza terapéutica en la adherencia al TAR (7,38,64). Se ha descrito que cuando las personas que viven con VIH (PVVIH) perciben un trato respetuoso y empático (65), así como relaciones afectuosas y de confianza con el equipo de atención médica (15), tienden a mostrar mayor compromiso con el tratamiento. Una comunicación efectiva favorece intercambios de información más claros, mejora la comprensión del régimen terapéutico y fortalece la percepción de apoyo profesional (15).

Asimismo, la evidencia sugiere que la adherencia óptima no depende únicamente de la disponibilidad del medicamento, sino también del acompañamiento continuo, la educación sanitaria y las estrategias de promoción y prevención (38,64,66). En este contexto, la interacción regular entre los profesionales de salud y las PVVIH resulta fundamental para reforzar la naturaleza crónica del VIH y la necesidad de un tratamiento persistente y sostenido en el tiempo (60). Por ello, el fortalecimiento de intervenciones educativas y de autocuidado debe considerarse un componente central de la atención integral.

En relación con el consumo de alcohol, los participantes que no consumían alcohol fueron adherentes, en comparación los que reportaron consumo ocasional. No se evidenció asociación estadísticamente significativa en el análisis bivariado ni multivariado. Estos hallazgos contrastan parcialmente con la evidencia previa, donde mencionan que factor predictivo más importante de la pobre adherencia al TARV (67). Asimismo, se ha descrito que la abstinencia reciente se asocia con mejores niveles de adherencia y mayor probabilidad de supresión virológica (68). Además, el consumo de alcohol puede afectar indirectamente la efectividad de la TAR al favorecer el olvido de dosis, disminuir la percepción de riesgo o interferir con la motivación para mantener un régimen terapéutico estricto (15).

La ausencia de asociación estadísticamente significativa en nuestro estudio podría explicarse por varias razones. En primer lugar, el consumo de alcohol fue autorreportado, lo que puede conllevar subregistro debido a deseabilidad social. En segundo lugar, la categorización en consumo “ocasional” podría no reflejar adecuadamente la intensidad o el patrón de ingesta, limitando la capacidad para detectar un efecto dosis–respuesta. Finalmente, el tamaño muestral podría haber reducido la potencia estadística para evidenciar una asociación real.

Respecto al consumo de drogas, la proporción de adherencia fue mayor en los participantes que no reportaron consumo, mientras que no se registraron casos de adherencia entre quienes declararon consumo de drogas. No obstante, esta variable no mostró asociación estadísticamente significativa en el análisis univariado. En el modelo multivariado se observó un fenómeno de predicción perfecta, debido a que ningún participante consumidor fue clasificado como adherente.

La literatura respalda la relación entre consumo de sustancias y mala adherencia al TAR. Bastán reportó que el consumo de cocaína en los últimos seis meses se asoció significativamente con no adherencia (52), lo que coincide con la plausibilidad conductual de que el uso de drogas puede interferir con la rutina terapéutica, la estabilidad psicosocial y la asistencia regular a controles médicos (11).

Desde un punto de vista clínico y conductual, el consumo de drogas puede afectar la adherencia a través de múltiples mecanismos: desorganización en los horarios, menor percepción de riesgo, deterioro de la salud mental y coexistencia de vulnerabilidad social.

Sin embargo, dado que en nuestro estudio no se alcanzó significancia estadística y se evidenció separación completa en el modelo ajustado, los resultados deben interpretarse con prudencia.

## **LIMITACIONES**

"La presente investigación reconoce ciertas restricciones metodológicas que condicionan la interpretación de sus hallazgos. Primordialmente, dada la naturaleza transversal del diseño de estudio, existe una limitación intrínseca para determinar inferencias de causalidad entre los determinantes analizados y la observancia al TAR, permitiendo únicamente la identificación de asociaciones estadísticas en un punto específico en el tiempo. Se requieren estudios longitudinales o de cohorte prospectiva que permitan evaluar temporalidad y causalidad.

En segundo lugar, se empleó un muestreo por conveniencia, debido a la ausencia de marcos muestrales accesibles para personas que viven con VIH, lo que puede limitar la representatividad de la muestra y afectar la validez externa de los hallazgos. Asimismo, el tamaño muestral reducido pudo haber disminuido la potencia estadística para detectar asociaciones significativas.

En tercer lugar, el estudio se realizó en una sola IPRESS de un área geográfica limitada, lo que restringe la generalización de los resultados a otras poblaciones o contextos con características sociodemográficas distintas.

En cuarto lugar, varias variables fueron medidas mediante autoinforme, lo que puede introducir sesgos de deseabilidad social y memoria. Aunque se contrastaron algunos datos clínicos con registros hospitalarios para mejorar la precisión, es posible que la adherencia y los comportamientos relacionados hayan sido sobreestimados.

Además, la extensión del cuestionario pudo generar carga cognitiva en los participantes, lo que potencialmente afectaría la calidad y consistencia de las respuestas. Finalmente, en algunos análisis multivariados se observó inestabilidad en las estimaciones (como fenómenos de separación completa), lo que sugiere cautela en la interpretación de ciertos resultados. Dado que esta encuesta formó parte de un estudio de intervención, futuras investigaciones podrían explorar longitudinalmente los cambios en los factores asociados

a la adherencia en las distintas fases del programa, lo que permitiría una mejor evaluación de la dirección y magnitud de las asociaciones.

Asimismo, no se puede descartar la presencia de confusión residual debido a variables no medidas o no incluidas en el modelo multivariado como salud mental, carga viral basal, complejidad del régimen, comorbilidades, entre las principales, lo que podría haber influido en las asociaciones observadas.

## CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

1. El perfil epidemiológico predominante en la IPRESS Toribia Castro Chirinos se caracteriza por pacientes mayoritariamente varones en etapa adulta, con estado civil soltero (72.73%) y nivel de instrucción secundaria (77.27%). Desde el punto de vista clínico, la mayoría de los participantes se encuentra en una etapa temprana de la infección (Etapa 1: 68.18%) y presenta carga viral indetectable (77.27%), lo que evidencia estabilidad clínica y adecuado control virológico dentro del programa de tratamiento. No obstante, se identificó que una proporción importante de pacientes desconoce la identificación de los fármacos que consume (65.15%), lo que sugiere limitaciones en el conocimiento del tratamiento y resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de educación sanitaria y empoderamiento del paciente en su autocuidado.
2. Se identificó un bajo grado de adherencia al TAR, observándose que solo el 15.15% de los pacientes cumple con los criterios de adherencia total según el instrumento aplicado. A pesar de que una alta proporción presenta supresión viral (77.27%), la baja adherencia sostenida podría constituir un factor de riesgo para falla terapéutica futura y desarrollo de resistencia a los antirretrovirales en el primer nivel de atención, lo que resalta la necesidad de fortalecer intervenciones orientadas a mejorar la continuidad del tratamiento.
3. En el presente estudio, los factores psicosociales mostraron asociación significativa con la adherencia al TAR, evidenciándose que una mejor relación médico-paciente incrementa aproximadamente cinco veces la probabilidad de adherencia en el análisis multivariado. En cuanto a los factores sociodemográficos, el grado de instrucción también se asoció significativamente, observándose una disminución en la probabilidad de adherencia conforme aumenta el nivel educativo. Por el contrario, no se evidenció asociación significativa entre las características clínicas del paciente y la adherencia al TAR.

## **CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES**

Se recomienda fortalecer las estrategias dirigidas a mejorar la relación médico–paciente, dado que fue el principal factor asociado a la adherencia en el presente estudio. Para ello, se sugiere implementar programas de capacitación continua al personal de salud en comunicación empática y atención centrada en el paciente, así como sesiones periódicas de consejería estructurada y evaluación sistemática de la percepción de calidad de atención por parte de las personas que viven con VIH.

Asimismo, es necesario reforzar la educación sanitaria continua sobre la naturaleza crónica del VIH y la importancia del TAR sostenido de por vida. Se recomienda incorporar intervenciones educativas individualizadas que promuevan el autocuidado y la adherencia terapéutica.

En relación con los factores conductuales, se sugiere implementar tamizaje sistemático para consumo de alcohol y drogas durante los controles clínicos, así como brindar apoyo psicosocial y psicológico oportuno. La conformación de grupos de apoyo podría fortalecer el compromiso terapéutico y reducir barreras asociadas al estigma.

A nivel institucional y de salud pública, se recomienda promover políticas que fomenten la inclusión, reduzcan la estigmatización y fortalezcan la atención integral de las personas con VIH, contribuyendo así a mejorar la adherencia y los resultados clínicos a largo plazo.

Finalmente, futuras investigaciones deberían emplear diseños longitudinales y muestras más amplias que permitan establecer relaciones causales y explorar factores adicionales como salud mental, complejidad del régimen terapéutico y determinantes sociales de la salud.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. New WHO guidance on HIV viral suppression and scientific updates released at IAS 2023 [Internet]. Geneva: WHO; 23 Jul 2023 [citado 13 de julio de 2024]. Available from: <https://www.who.int/news/item/23-07-2023-new-who-guidance-on-hiv-viral-suppression-and-scientific-updates-released-at-ias-2023>
2. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología (DGE). Situación epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; [citado 13 de julio de 2024]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/vih/uploads/nacional\\_vih.html](https://www.dge.gob.pe/vih/uploads/nacional_vih.html)
3. Revista Multidisciplinar del Sida. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 13]. Available from: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-en-pacientes-vih/>
4. Piran CMG, Cargnin AVE, Shibukawa BMC, Oliveira NND, Silva MD, Furtado MD. Abandono de la terapia antirretroviral entre adolescentes y jóvenes con VIH/SIDA durante el COVID-19: un estudio de casos y controles. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2023 Dec [cited 2024 Jul 13];31:e3947. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692023000100346&tIng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692023000100346&tIng=es)
5. Del Moral Trinidad LE, Silva Bañuelos G, Campos-Uscanga Y. Factores asociados al fracaso terapéutico en personas viviendo con VIH con tratamiento antirretroviral: una revisión panorámica de la literatura. *Rev Cubana Med Trop* [Internet]. 2022 [cited 2026 Jan 6];74(1):e699. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602022000100015&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602022000100015&Ing=es)
6. Audi C, Jahanpour O, Antelman G, Guay L, Rutaihwa M, van de Ven R, et al. Facilitators and barriers to antiretroviral therapy adherence among HIV-positive adolescents living in Tanzania. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Dec [cited 2024 Jul 13];21(1):2274. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12323-1>

7. Tuot S, Sim JW, Nagashima-Hayashi M, Chhoun P, Teo AKJ, Prem K, Yi S, et al. What are the determinants of antiretroviral therapy adherence among stable people living with HIV? *AIDS Res Ther* [Internet]. 2023 Jul 14 [cited 2025 Jul 13];20:47. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12981-023-00544-w>
8. Daltro ACB, Almeida CS, Unfried AGC, de Aquino TR, Travassos AGÁ. Virological failure and adherence to antiretroviral therapy in adolescents and young adults living with human immunodeficiency virus. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2023 Mar [cited 2026 Jan 6];28(3):162-174. Available from: <https://doi.org/10.1111/tmi.13854>
9. Hlophe LD, Tamuzi JL, Shumba CS, Nyasulu PS. Barriers and facilitators to antiretroviral therapy adherence among adolescents aged 10 to 19 years living with HIV in sub-Saharan Africa: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* [Internet]. 2023 May 18 [cited 2024 Sep 5];18(5):e0276411. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10194875/>
10. Garollo Piran CM, Escritori Cargnin AV, Cruz Shibukawa BM, De Oliveira NN, Da Silva M, Furtado MD, et al. Abandono de la terapia antirretroviral entre adolescentes y jóvenes con VIH/SIDA durante el COVID-19: un estudio de casos y controles. *Rev. Lat Am. Enfermagem* [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 06];31:e3947. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6497.3947>
11. Arrieta-Martínez JA, Estrada-Acevedo JI, Gómez CA, Madrigal-Cadavid J, Serna JA, Giraldo PA, Quirós-Gómez Ó. Related factors to non-adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients. *Farm Hosp* [Internet]. 2022 Nov 24 [cited 2026 Jan 6];46(6):319–326. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36520570/>
12. Santos APD, Cordeiro JFC, Fracarolli IFL, Gomide EBG, Andrade D. Instruments to assess adherence to medication in people living with HIV: a scoping review. *Rev Saude Publica*. 2023 Jan 6; 56:112. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9749734>
13. Mesias Sanchez PA. Factores asociados a la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA): revisión sistemática en Perú del año 2016 al 2020 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de

- Farmacia y Bioquímica, Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica; 2022 [cited 2026 Feb 6]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/18068>
14. Díaz Lazarte MC. Estigma y adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Lambayeque, 2024 [tesis de grado]. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2024 [citado 06 feb 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/item/41c2edbc-6c6b-48d7-9906-00076fcacad7>
  15. Leyva-Moral JM, Palmieri PA, Loayza-Enriquez BK, Vander Linden KL, Elias-Bravo UE, Guevara-Vasquez GM, Davila-Olano LY, Aguayo-Gonzalez MP. ‘Staying alive’ with antiretroviral therapy: a grounded theory study of people living with HIV in Peru. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2021 Oct [cited 2026 Feb 6];6(10):e006772. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8557298/>
  16. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). NTS N° 169-MINSA/2020/DGIESP. Lima: Ministerio de Salud; 2020.
  17. Organización Panamericana de la Salud. VIH/SIDA – Estadísticas y diagnóstico clínico [Internet]. Washington (DC): OPS; 2025 [cited 2026 Feb 1]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>
  18. Organización Mundial de la Salud. VIH/SIDA [Internet]. Ginebra: OMS; 15 jul 2025 [citado 1 feb 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
  19. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Harrison. Principios de medicina interna. 21.ª ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2022. Cap. 202, Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: SIDA y trastornos relacionados.
  20. Organización Mundial de la Salud. Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y monitoreo del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 1 feb 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

21. Van Heuvel Y, Schatz S, Rosengarten JF, Stitz J. Infectious RNA: human immunodeficiency virus (HIV) biology, therapeutic intervention, and the quest for a vaccine. *Toxins (Basel)*. 2022 Feb 14;14(2):138. doi:10.3390/toxins14020138
22. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Actualización mundial sobre el sida 2024: la urgencia del ahora [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2024 [citado 2 feb 2026]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024>
23. Organización Mundial de la Salud. Datos y estadísticas sobre VIH/SIDA [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 2 feb 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics>
24. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Situación epidemiológica del VIH/Sida en el Perú, diciembre 2025 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2025 [citado 5 feb 2026]. Disponible en: [https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/vih-sida/vih-sida\\_202512\\_31\\_161049.pdf](https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/vih-sida/vih-sida_202512_31_161049.pdf)
25. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico del Perú: SE 48-2025 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2025 [citado 5 feb 2026]. Disponible en: [https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/boletin/boletin\\_202548\\_19\\_125600.pdf](https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/boletin/boletin_202548_19_125600.pdf)
26. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Vigilancia epidemiológica de VIH: tablero de datos interactivo [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2022 [actualizado 2024; citado 5 feb 2026]. Disponible en: [https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny\\_vih\\_web/](https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_vih_web/)
27. Gerencia Regional de Salud Lambayeque. Más de 20 mil tamizajes de VIH realizados en Lambayeque en lo que va del año [Internet]. Chiclayo: Gobierno Regional de Lambayeque; 11 ago 2025 [citado 7 feb 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/regionlambayeque-geresa/noticias/1209164-mas-de-20-mil-tamizajes-de-vih-realizados-en-lambayeque-en-lo-que-va-del-ano>
28. Saag MS, Gandhi RT, Hoy JF, Landovitz RJ, Thompson MA, Sax PE, et al. Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV infection in adults: 2024

- recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. *JAMA*. 2024;331(4):333-348. doi:10.1001/jama.2023.26645
29. The Lancet HIV. Undetectable equals untransmittable: evidence and opportunities. *Lancet HIV*. 2023;10(6):e345. doi:10.1016/S2352-3018(23)00121-8.
30. Brunton LL, Knollmann BC. Goodman & Gilman: las bases farmacológicas de la terapéutica. 14.<sup>a</sup> ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2023
31. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 9 feb 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545992>
32. Jones AS, Horne R. Human factors in HIV treatment adherence: a review of the evidence. *The Lancet HIV* [Internet]. 2024 [citado 9 feb 2026];11(2):e112-25. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(23\)00245-6](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(23)00245-6)
33. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 9 feb 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos-vih>
34. Shubber Z, Mills EJ, Nachega JB, et al. Patient-reported barriers to adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine* [Internet]. 2021 [citado 9 feb 2026];18(11):e1003831. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003831>
35. Mao L, de Wit J. Global trends in antiretroviral therapy adherence: a review of current research 2020-2025. *Curr Opin HIV AIDS*. 2025;20(1):45-53
36. Remor E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *Patient*. 2013;6(2):61-73. doi:10.1007/s40271-013-0009-0
37. Tafur-Valderrama E, Ortiz C, Alfaro CO, 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*. 2008;49(3):183-198

38. Barrera-Espinoza RW, Gómez-Gonzales WE, Girón-Vargas A, Arana-Escobar M, Nieva-Villegas LM, Gamarra-Bustillos C, et al. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. *Horiz Med (Lima)*. 2021;21(4):e 1498. doi: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n4.09>
39. Rico Vera OM. Frecuencia de coinfecciones asociadas a VIH en pacientes adultos atendidos del Hospital Santa Rosa durante el periodo 2015 a 2020 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2024. Disponible en: [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/14095/rico\\_om.pdf?sequence=1](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/14095/rico_om.pdf?sequence=1)
40. Dominguez L, Padilla D, Dominguez G y Córdova J. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Adultos Mayores con VIH /Sida en el Hospital General de Zona No. 46 de Villahermosa, Tabasco. *Ciencia Latina Rev Cient Multidisciplinar*. 2024;8(6):7753-7766. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/21917>
41. Canduelas V. Barreras en la adherencia al tratamiento antirretroviral de inmunodeficiencia humana en mujeres transgénero de la Asociación Amigas por Siempre, Callao, 2024-2025 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Obstetricia; 2025.
42. Mina-Villalta, G. Y., & Matute-Plaza, G.N. (2024). Influencia de la educación en salud sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH. *Revista Científica Ciencia Y Método*, 2(1), 14-26. <https://doi.org/10.55813/gaea/rcym/v2/n1/28>.
43. Guerrero, D. J., et al. (2024). Variables que influyen en la adherencia al tratamiento de antirretrovirales en pacientes con VIH. [Diplomado de profundización para grado]. Repositorio Institucional UNAD. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/62514>
44. Guerrero-Vaca D, Guerrero-Vaca I, Escobar-Zabala O, Herrera-Abarca J. La relación médico-paciente en la actualidad. Una revisión. *Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional*, ISSN-e 2550-682X, Vol. 7, Nº. 4 (ABRIL 2022), 2022. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8482965>
45. Carrizo L. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/sida en un hospital nacional de Lima, Perú, enero - julio 2024 [Internet]. Universidad Nacional Federico Villarreal. 2025 [citado el 18 de febrero

de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/items/c170ff8a-3def-4a84-8962-74407e8d07f6>

46. Masa R, Zimba M, Tamta M, Zimba G, Zulu G. The Association of Perceived, Internalized, and Enacted HIV Stigma With Medication Adherence, Barriers to Adherence, and Mental Health Among Young People Living With HIV in Zambia. *Stigma Health*. 2022 Nov;7(4):443-453. doi: 10.1037/sah0000404.
47. Gómez Carlos, Madrigal-Cadavid Juliana, Giraldo Paulo Andrés, Abad José Miguel, Serna Juan Alberto, Segura Ángela et al . Factores asociados al fracaso virológico en pacientes VIH con tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp*. [Internet].2022 Oct [citado 2026 Feb 18]; 46(5):282-289.Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-63432022000500002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432022000500002&lng=es).
48. Miranda-Chavez B, Mejia-Copaja M, Taype-Rondan A. Adherence to antiretroviral therapy among HIV patients at a hospital in Tacna, Peru. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2024;30:101803. doi:10.1016/j.cegh.2024.101803. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213398424003002>
49. Kim J, Lee E, Park BJ, Bang JH, Lee JY, et al. Adherence to antiretroviral therapy and factors affecting low medication adherence among incident HIV-infected individuals during 2009–2016: a nationwide study. *Sci Rep*. 2018;8:3133. doi:10.1038/s41598-018-21081-x
50. Amour M, Sangeda RZ, Kidenya B, Balandya E, Mmbaga BT, Machumi L. Adherence to antiretroviral therapy by medication possession ratio and virological suppression among adolescents and young adults living with HIV in Dar es Salaam, Tanzania. *Trop Med Infect Dis*. 2022;7(4):52. doi:10.3390/tropicalmed7040052. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/tropicalmed7040052>
51. 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 Cient Cienc Med*. 2020;23(2):166-174
52. 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]. 2020 Aug [cited 2026 Feb 17];72(2):e499. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602020000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602020000200003)

53. Varela Arévalo MT, Hoyos Hernández PA. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2015 Jul [cited 2019 Jul 11];17(4):528–540. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642015000400004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642015000400004&lng=en)
54. Piña López JA, Dávila Tapia M, Sánchez Sosa JJ, Togawa C, Cázares Robles Ó. Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2008 Jun [cited 2019 Jul 19];23(6):377–383. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892008000600002](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000600002)
55. Bernal F. Incidencia de reacciones adversas a medicamentos en pacientes que inician o cambian terapia antirretroviral. *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jul 13];30(5):507-12. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071610182013000500007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182013000500007&lng=es&nrm=iso)
56. Chen H, Long R, Hu T, Chen Y, Wang R, Liu Y, et al. A model to predict adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV. *Sex Transm Infect.* 2022;98(6):438-44.
57. Liu J, Yan Y, Li Y, Lin K, Xie Y, Tan Z, Liu Q, Li J, Wang L, Zhou Y, Yao G, Huang S, Ye C, Cen M, Liao X, Xu L, Zhang C, Yan Y, Huang L, Yang F, Yang Y, Fu X, Jiang H. Factors associated with antiretroviral treatment adherence among people living with HIV in Guangdong Province, China: a cross sectional analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 May 20 [cited 2026 Feb 17];24:1358. doi:10.1186/s12889-024-18774-6.
58. Haftu AZ, Aregay A, Bezabih NM, Woldearegay W. Incidence and factors associated with treatment failure among HIV infected adolescent and adult patients on second-line antiretroviral therapy in public hospitals of Northern Ethiopia: multicenter retrospective study. *PLoS One.* 2020;15(9):e0239191. doi:10.1371/journal.pone.0239191
59. Silva JM, Silva DG, de Araújo TM, dos Santos MA, da Silva EF, de Sousa CD, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH: factores asociados y percepción de barreras. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2021 [cited

2026 Feb 17];29:e3456. Available from:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/qpzwbwmxNVbgQWcxFvcfJKQb/?lang=es>

60. Shrestha S, Chataut S, Kc B, Acharya K, Pradhan SK, Shrestha S, et al. Knowledge, attitude, practice, and adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV in Nepal. *AIDS Res Treat* [Internet]. 2023 Jul 17 [cited 2026 Feb 18];2023:7292115. doi:10.1155/2023/7292115. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10365915/>
61. Xu CH, Hu D, Lin HJ, Yang YD, Li MN, Shao LW. Medication literacy and treatment adherence in people living with human immunodeficiency virus: Mediating effects of psychosocial factors. *World J Psychiatry* [Internet]. 2025 Aug 19 [cited 2026 Feb 18];15(8):107885. doi:10.5498/wjp.v15.i8.107885. Available from: <https://www.wjgnet.com/2220-3206/full/v15/i8/107885.htm>
62. Reyes Flores E, Trejo Alvarez R, Arguijo Abrego S, Jiménez Gómez A, Castillo Castro A, Hernández Silva A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur*. 2016;84(3):125-32.
63. Raberahona M, Lidamahasolo Z, Andriamamonjisoa J, et al. Conocimientos, actitudes, percepción y prácticas con respecto a la terapia antirretroviral entre adultos infectados por el VIH en Antananarivo, Madagascar: una encuesta transversal. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019 [cited 2026 Feb 18];19:341. doi:10.1186/s12913-019-4173-3. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4173-3>
64. Melo GC, Carvalho ACA, Moreira AS, Paixão JTS. Survival time and distance to access specialized treatment among people living with HIV/AIDS in the state of Alagoas, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210019.supl.1. doi:10.1590/1980-549720210019.supl.1
65. Ondenge K, Renju J, Bonnington O, et al. Recibo un buen tratamiento si sigo mi medicación contra el VIH: contextualizando las interacciones entre pacientes y profesionales sanitarios a través de perspectivas de investigación cualitativa en cinco países del África subsahariana. *Sex Transm Infect*. 2017;93:e052973. doi:10.1136/sextrans-2016-052973
66. Kavuma D, Ndibazza J, Kirwana VB, Mukasa Kafeero H, Katongole SP, Baluku JB. Factors associated with condom use among out-of-school young people on antiretroviral therapy in Central Uganda. *HIV AIDS (Auckl)*. 2022;14:217-30. doi:10.2147/HIV.S357535

67. Denison JA, Packer C, Stalter RM, Banda H, Mercer S, Nyambe N, et al. Factors related to incomplete adherence to antiretroviral therapy among adolescents attending three HIV clinics in the Copperbelt, Zambia. *AIDS Behav.* 2018 Mar;22(3):996-1005. doi:10.1007/s10461-017-1944-x
68. Chander G, Lau B, Moore RD. Hazardous alcohol use: a risk factor for non-adherence and lack of suppression in HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006 Dec 1;43(4):411-7. doi:10.1097/01.qai.0000243121.44659.a4

## **ANEXOS**

### **Anexo 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTA SOBRE TRATAMIENTO DE ANTIRRETROVIRALES**

Se insta a los participantes a realizar una lectura exhaustiva del presente documento de consentimiento informado previo a formalizar su voluntad de integrarse en la investigación.

Objetivo del estudio de investigación: El propósito del estudio es conocer sobre el estado de salud y determinar los factores en la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH de una posta de Lambayeque, febrero- diciembre 2025.

Lo que usted hará en el estudio: Si acepta participar, completará una encuesta con un miembro del equipo de estudio. Un miembro del equipo de estudio leerá las preguntas de la encuesta en voz alta y registrará sus respuestas. Las preguntas de la encuesta preguntarán sobre su experiencia con proveedores y servicios de atención médica, elementos relacionados con su experiencia como una persona viviendo con VIH que ha recibido tratamiento antirretroviral de gran actividad en una posta de Lambayeque, factores personales, sociodemográficos, que se relacionen con el tratamiento en sí, que se relacionen con la infección o con la relación que tiene con el personal médico. Puede omitir cualquier pregunta que no desee contestar. Al final de la encuesta, es posible que se le proporcionen folletos de contratación si está interesado en que otros sepan sobre la encuesta.

Tiempo requerido: La encuesta requerirá entre 30 y 90 minutos de su tiempo, puede ser más corta o más larga dependiendo de sus respuestas a las preguntas.

Riesgos: Existe un riesgo mínimo de que pudiera ocurrir algún daño. Se le harán una serie de preguntas, algunas de las cuales están relacionadas con su información de salud personal y el tratamiento que recibe. Estos datos se recopilarán a través de un programa informático de encuesta seguro. A pesar de las medidas tomadas para garantizar que sus datos estén seguros. Algunas de las preguntas formuladas en la encuesta tratan de asuntos sensibles y pueden ocasionar angustia psicológica. En caso de que esto ocurra, los miembros del equipo del estudio le pueden referir a los recursos apropiados para que usted reciba ayuda.

**Beneficios:** Usted no recibirá ningún beneficio directo por participar en este estudio de investigación. El estudio puede ayudarnos a identificar las brechas entre la asistencia médica proporcionada, las necesidades de asistencia médica. Puede informar futuras iniciativas, programas y actividades de salud que apoyarán a las personas viviendo con VIH/SIDA.

**Confidencialidad:** La información que usted proporcione en el estudio se manejará de forma confidencial. Se le asignará un número de código a su información. Este código se añadirá a un sistema donde en orden de lista se analizarán las respuestas, y cuando se complete el estudio y los datos hayan sido analizados, esta lista será eliminada. Su identidad no se utilizará en ningún informe.

**Participación voluntaria:** Su participación en el estudio es completamente voluntaria.

**Derecho a retirarse del estudio:** Usted tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento.

**Cómo retirarse del estudio:** Si desea retirarse del estudio, favor de informarle al investigador de su decisión inmediatamente. No hay ninguna penalización por retirarse. Si desea retirarse después de haber enviado sus materiales, favor de comunicarse con el equipo coordinador del estudio, Victor Augusto Piscoya Fernandez, [vpiscoya@unprg.edu.pe](mailto:vpiscoya@unprg.edu.pe), Sixto Quesquén [squesquent@unprg.edu.pe](mailto:squesquent@unprg.edu.pe), 988340374.

**Paciente**

**Responsable del estudio**

**Firma:**

**Firma:**

**Nombres y apellidos**

**Nombres y apellidos**

**DNI**

**DNI**

**Anexo 2: Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)**

“Factores en la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH de una posta de Lambayeque, febrero- diciembre 2025”

Para responder este cuestionario, por favor siga las siguientes instrucciones:

1. Lea cuidadosamente cada pregunta antes de responder.
2. Marque con una X la opción que considere correcta.
3. Seleccione solo una alternativa.

Agradecemos mucho su participación; su respuesta es muy importante para nosotros.

Código		Año de diagnostico				
Tiempo de tratamiento		Edad				
Sexo	Masculino ( ) Femenino ( )					
Grado de instrucción	Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior incompleta ( ) Superior completa ( ) Analfabeto ( )					
Estado civil	Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Viudo ( ) Divorciado ( )					
Ocupación	Trabaja en casa ( ) Estudiante ( ) Trabajo dependiente ( ) Trabajo independiente ( ) Trabajo eventual ( )					
Fecha						
Consume drogas	Sí ( ) No ( )					
Consumo alcohol	Sí ( ) No ( )					
Vía de contagio	Sexual ( ) No sexual ( )					
Durante la última semana:		Siempre	Más de la mitad de veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1	¿Ha dejado de tomar sus medicamentos antirretrovirales en alguna ocasión?					
2	Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos antirretrovirales?					
3	Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos antirretrovirales 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 antirretrovirales?					
		Ninguno		Mitad	todos	
5	¿Recuerda que medicamentos antirretrovirales 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 antirretroviral?					
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los medicamentos antirretrovirales?					
9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los medicamentos antirretrovirales?					
10	¿Considera que su salud a mejorado desde que empezó a tomar los medicamentos antirretrovirales?					
11	¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento con los medicamentos antirretrovirales?					

		Nunca	Alguna vez	Aproximadamente la mitad de las veces	Bastantes veces	Siempre
12	¿Suele tomar los medicamentos antirretrovirales a la hora correcta?					
13	Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿Suele su médico utilizarlos para darle ánimo y seguir adelante?					
14	¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar los medicamentos antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionados con la toma de medicamentos antirretrovirales?	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
16	¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos antirretrovirales	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
17	¿Qué evaluación haces de ti mismo respecto de la toma de los medicamentos antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
18	¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos antirretrovirales?	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad
			Sí		No	
19	Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos antirretrovirales un día completo/más de uno? (Si responde afirmativamente ¿Cuántos días aproximadamente? ...)					
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos antirretrovirales? ¿Cuál?					

### ANEXO 3: FICHA TÉCNICA DEL CUESTIONARIO CEAT VIH

Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento VIH (español)

1. Nombre: Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en personas con infección por VIH y Sida (acrónimo CEAT VIH)
2. Fecha de publicación: 2001
3. Autor: Prof. Dr. Eduardo Remor
4. Procedencia: Madrid, España
5. Administración: Individual
6. Duración: 8 a 10 minutos (20 ítems)
7. Aplicación: Adolescentes y Adultos
8. Validación inicial: Muestra española (Adultos mayores de 17 años)
9. Indicadores psicométricos: fiabilidad, validez de constructo (concurrente, discriminante, relacionada a un criterio externo), sensibilidad y especificidad
10. Idiomas (versiones): Español Europeo, Español Latinoamérica, inglés internacional, portugués europeo, portugués de Brasil, rumano

Adaptado para uso en Perú por TAFUR, et al: Se evaluó la comprensión del cuestionario, así como sus propiedades psicométricas en una muestra de 41 pacientes con VIH y SIDA en tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) por más de tres meses. El periodo de estudio estuvo comprendido entre diciembre 2005 y enero 2006, el proceso de validación incluyó la aplicación del cuestionario el mismo día de la toma de muestra para el análisis de la carga viral y de los linfocitos TCD4. Se analizó la fiabilidad, la correlación de la puntuación con el recuento de linfocitos TCD4 y la carga viral. Los resultados mostraron una adecuada fiabilidad ( $\alpha = 0,706$ ) y validez de criterio externa: respecto al recuento de linfocitos TCD4 ( $r = 0,439$ ,  $p < 0,005$ ), y respecto a la carga viral ( $r = - 0,548$ ,  $p < 0, 005$ ). El CEAT-VIH ha demostrado ser una adecuada herramienta para evaluar el nivel de adherencia e identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral en una muestra de pacientes con VIH y SIDA en Perú.

#### Criterios de respuestas

Items	Opciones de respuesta y puntos correspondientes	Items	Opciones de respuesta y puntos correspondientes
1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Siempre = 1 punto</li> <li>✓ Mas de la mitad de veces = 2 puntos</li> <li>✓ Aproximadamente la mitad de veces = 3 puntos</li> <li>✓ Alguna vez = 4 puntos</li> <li>✓ En ninguna ocasión = 5 puntos</li> </ul>	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Muy satisfecho = 1 punto</li> <li>✓ Insatisfecho = 2 puntos</li> <li>✓ Indiferente = 3 puntos</li> <li>✓ Satisfecho = 4 puntos</li> <li>✓ Muy satisfecho = 5 puntos</li> </ul>

5	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No recuerda ninguno = 0 puntos</li> <li>✓ Recuerda la mitad = 1 punto</li> <li>✓ Recuerda todos = 2 puntos</li> </ul> <p>Se debe comprobar con historia clínica. No se quitan puntos por errores de ortografía</p>	15	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Muy intensos = 1 punto</li> <li>✓ Intensos = 2 puntos</li> <li>✓ Medicamentos intensos = 3 puntos</li> <li>✓ Poco intensos = 4 puntos</li> <li>✓ Nada intensos = 5 puntos</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mala = 1 punto</li> <li>✓ Algo mala = 2 puntos</li> <li>✓ Regular = 3 puntos</li> <li>✓ Mejorable = 4 puntos</li> <li>✓ Buena = 5 puntos</li> </ul>	16	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mucho tiempo = 1 punto</li> <li>✓ Bastante tiempo = 2 puntos</li> <li>✓ Regular = 3 puntos</li> <li>✓ Poco tiempo = 4 puntos</li> <li>✓ Nada de tiempo = 5 puntos</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mucho = 1 punto</li> <li>✓ Bastante = 2 puntos</li> <li>✓ Regular = 3 puntos</li> <li>✓ Poco = 4 puntos</li> <li>✓ Nada = 5 puntos</li> </ul>	17	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nada cumplidor = 1 punto</li> <li>✓ Poco cumplidor = 2 puntos</li> <li>✓ Regular = 3 puntos</li> <li>✓ Bastante = 4 puntos</li> <li>✓ Muy cumplidor = 5 puntos</li> </ul>
8,9,10,11	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No, nunca = 1 punto</li> <li>✓ Si, alguna vez = 2 puntos</li> <li>✓ Si, aproximadamente la mitad de las veces = 3 puntos</li> <li>✓ Si, bastantes veces = 4 puntos</li> <li>✓ Sí, siempre = 5 puntos</li> </ul>	18	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mucha dificultad = 1 punto</li> <li>✓ Bastante dificultad = 2 puntos</li> <li>✓ Regular = 3 puntos</li> <li>✓ Poca dificultad = 4 puntos</li> <li>✓ Nada de dificultad = 5 puntos</li> </ul>
12,13	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No, nunca = 1 punto</li> <li>✓ Si, alguna vez = 2 puntos</li> <li>✓ Si, aproximadamente la mitad de las veces = 3 puntos</li> <li>✓ Si, bastantes veces = 4 puntos</li> <li>✓ Sí, siempre = 5 puntos</li> </ul>	19	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Si = 0 puntos</li> <li>✓ No = 1 punto</li> </ul> <p>Si el entrevistado responde Si tiene la opción de decir el número de días de omisión de la toma, esta respuesta tiene carácter cualitativo y puede ser útil para la intervención clínica, no obstante, no se tiene en cuenta para la puntuación del cuestionario.</p>

20	✓ Si = 1 punto ✓ No = 0 puntos	Si el entrevistado responde Si tiene la opción de decir que estrategia ha empleado, esta respuesta tiene carácter cualitativo y puede ser útil para la intervención clínica, no obstante, no se tiene en cuenta para la puntuación del cuestionario.
----	-----------------------------------	--