



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

Asociación entre la depresión y adherencia a la terapia antirretroviral
en pacientes con VIH

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Anastacio Inocente, Jael Marleny (orcid.org/0000-0002-7694-0547)

ASESOR:

Mg. Espinola Sanchez, Marcos Augusto (orcid.org/0000-0002-1005-5158)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Mental

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO - PERÚ

2023

DEDICATORIA

A mi Dios y salvador Jesucristo por permitirme llegar hasta aquí, por su amor inagotable, incomparable; porque a pesar de las adversidades su mano siempre me sostuvo y su presencia guio mi camino.

De la misma manera a mis padres Ricardo y Ana por acompañarme en todo este proceso, gracias por su sacrificio y apoyo constante, sé que no fue fácil, decirles que nunca conseguiré devolver todo lo que hicieron por mí en este largo camino, siempre serán mi principal motivación para nunca rendirme.

A mis dos únicos hermanos, gracias por la confianza y respaldo brindado durante todo este camino, cada concejo brindado siempre lo llevare en el corazón.

AGRADECIMIENTO

A los pacientes con VIH/SIDA del hospital Víctor Ramos Guardia, por brindarme todo apoyo y colaboración para la realización de esta investigación, agradezco también la confianza brindada y enseñarme a ver la vida de una manera distinta.

Al Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz quienes fueron una parte fundamental para culminar con mi desarrollo profesional, gracias a cada Doctor por sus enseñanzas y consejos y sobre todo por inculcarme el trato humano al paciente.

A la Universidad César Vallejo por todas las enseñanzas impartidas durante todo el trayecto del desarrollo de la carrera profesional de Medicina.

A cada uno de mis hermanos en Cristo, amigos y familiares gracias por sus oraciones que fueron parte fundamental en cada proceso que Dios les conceda el doble de ello.

A mi asesor de tesis Mg. Marcos Augusto Espinola Sánchez, por guiarme y apoyarme a desarrollar este estudio.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficos y figuras	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	10
3.1. Tipo y diseño de investigación	10
3.2. Variables y operacionalización	11
3.3. Población, muestra y muestreo	11
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	12
3.5. Método de análisis de datos	14
3.6. Aspectos éticos.....	14
IV. RESULTADOS	15
V. DISCUSIÓN	20
VI. CONCLUSIONES	24
VII. RECOMENDACIONES.....	25
REFERENCIAS.....	26
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de las características edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación de pacientes VIH.....	15
Tabla 2. Distribución de frecuencia en pacientes deprimidos con VIH	16
Tabla 3. Distribución de la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH.	17
Tabla 4. Asociación entre la depresión y la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH.	17
Tabla 5. Distribución de factores según adherencia de tratamiento en pacientes con VIH.	18
Tabla 6. Factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con VIH. Análisis bivariado – Regresión múltiple.....	19

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Figura 1. Diseño del estudio	10
---	----

RESUMEN

En este estudio “Asociación entre la depresión y adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH”, el objetivo principal fue determinar la asociación entre la depresión y adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH; el tipo investigación fue aplicado con un diseño observacional transversal analítico. Incluyendo 2 variables: depresión y adherencia a la terapia antirretroviral, con una población de 250 pacientes, se consideró 56 pacientes en cada grupo siendo un total de 112 como tamaño mínimo de participantes para el estudio, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerándose al final un total de 153 participantes el cual tuvo como resultado la prueba de chi cuadrado que muestra que la depresión tiene una diferencia significativa ($p=0,012$). Esto permite afirmar que la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH se encuentra asociado con la depresión. Asimismo, la prueba de chi cuadrado muestra que el grado de instrucción superior, secundaria y la ocupación dependiente tienen una diferencia significativa ($p<0,05$). Esto permite afirmar que la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH se encuentra asociado con estas covariables.

Palabras clave: Adherencia terapia antirretroviral, VIH/SIDA, factores asociados terapia antirretroviral, factores socioculturales.

ABSTRACT

In this study “Association between depression and adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV”, the main objective was to determine the association between depression and adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV; The type of research was applied with an analytical cross-sectional observational design. Including 2 variables: depression and adherence to antiretroviral therapy, with a population of 250 patients, 56 patients were shown in each group, with a total of 112 as the minimum size of participants for the study, using non-probabilistic sampling for convenience, considering the final a total of 153 participants which resulted in the chi square test showing that depression has a significant difference ($p=0.012$). This allows us to affirm that adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV is associated with depression. Likewise, the chi square test shows that the degree of higher education, secondary education and dependent occupation have a significant difference ($p<0.05$). This allows us to affirm that adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV is associated with these covariates.

Keywords: Antiretroviral therapy adherence, HIV/AIDS, factors associated with antiretroviral therapy, sociocultural factors.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) afectó gravemente la vida, calidad de la misma y los resultados del tratamiento de los pacientes que vivían con el VIH (PLWH), convirtiéndose en un tema candente en años anteriores. (1)

La terapia antirretroviral (TAR) para el VIH resultó ser más difícil de cumplir cuando se trató a personas deprimidas. La depresión crónica y recurrente fue frecuente entre quienes vivían con el VIH, aunque la relación entre esta característica y los resultados del VIH se estudió poco. La depresión no fue solo un trastorno clínico, sino que también afectó el resultado de salud del paciente. Por un lado, la depresión afectó la adherencia al TARV y debilitó la efectividad del tratamiento. (2)

Diversos estudios a nivel mundial señalaron asociaciones negativas de la depresión con la adherencia al TAR a lo largo del tiempo, y un efecto mediador del apoyo percibido del cónyuge/pareja o hijos. Por tanto, las intervenciones para promover la adherencia al TAR debieron enfocarse en fortalecer las relaciones de las PVVIH con su cónyuge/pareja e hijos, promoviendo las relaciones de colaboración entre el proveedor y el paciente y mejorando el apoyo entre las PVVIH. (3)

La adherencia al tratamiento en el Caribe y en América Latina fue del 70%. En Haití, se observó una adherencia subóptima en el 31% de los pacientes de TAR. Por el contrario, una revisión realizada recientemente encontró que alrededor del 66% de la población analizada en la República Dominicana tenía supresión viral, mientras que, en Perú, los autoinformes situaron la adherencia al TAR en el 83% de la población, siendo la mayoría de los usuarios de TAR mujeres. Las investigaciones también mostraron que los usuarios de más edad y las mujeres tendieron a tener una mejor adherencia. (4)

Dado que soportar una terapia rigurosa y exigente afectó la sensación de bienestar y pudo crear o empeorar una enfermedad mental, muchas investigaciones coincidieron en que los factores de riesgo de depresión

influyeron en la escasa adherencia al tratamiento entre los pacientes diagnosticados de VIH/SIDA. En Colombia, en 2022, se observó que la salud mental y el VIH/SIDA estuvieron interconectados, ya que los problemas de salud mental aumentaron la vulnerabilidad a la infección, impidieron un tratamiento eficaz e incluso pudieron causar nuevos trastornos. Por lo tanto, si los individuos tuvieron acceso a suficiente apoyo psicológico y social, experimentaron menos emociones negativas, tuvieron niveles más bajos de depresión y, como resultado, tuvieron una mejor salud física. (5)

Hasta el año 2023, en Perú se notificaron 1296 casos de VIH y 158 de SIDA, de los cuales 1054 fueron hombres y 242 fueron mujeres. La gran mayoría (92,9%) de las personas que tenían VIH lo adquirieron por contacto sexual; el 3,3% lo obtuvo por exposición parenteral; el 0,46% lo contrajo por transmisión vertical. En 2022, se registraron 488 nuevos casos de VIH y 92 nuevos casos de SIDA en La Libertad; en abril de 2023, se reportaron 69 nuevos casos de VIH y 7 nuevos de SIDA. (6)

En una investigación desarrollada en Trujillo en el Hospital Belen en 2021, se encontró que el 20,7% de los pacientes que presentaban depresión no eran adherentes al TARV. Por tanto, se señaló que las personas que no padecían ninguna comorbilidad, ya fuera aguda o crónica, fueron más adherentes al tratamiento. (7)

Por las consideraciones anteriormente indicadas, se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuál fue la asociación entre la depresión y adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH atendidos en el hospital durante 2023?

La investigación se propuso realizar con la finalidad de identificar la asociación entre las dos variables en estudio, debido a que, en el Hospital Víctor Ramos Guardia, durante el último año, se observaron casos de pacientes con VIH con depresión que no cumplieron adecuadamente su tratamiento; los resultados permitirán implementar protocolos y estrategias en beneficio de la población en estudio, logrando así una mejor adherencia terapéutica y disminuyendo los casos de depresión.

El valor social de la investigación se centró en que un paciente con mala adherencia terapéutica tuvo una alta tasa de morbimortalidad generada por las complicaciones que pudo presentar debido a la falta de adherencia al tratamiento.

La relevancia teórica se fundamentó en que los resultados del estudio formarán parte del conocimiento científico existente sobre la depresión y la adherencia al tratamiento. Además, la utilidad metodológica del estudio se centró en que el diseño de investigación podrá servir de referencia para futuros estudios realizados en un contexto similar. Fue viable y factible porque se contó con el tiempo y los medios necesarios para desarrollar la investigación.

Como objetivo general, se planteó: Determinar la asociación entre la depresión y adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH.

Los objetivos específicos fueron:

Describir las características edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación de los pacientes con VIH; describir la frecuencia de depresión en pacientes con VIH; describir la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH; estimar la asociación entre la depresión y la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH. Estimar la asociación entre la depresión y la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH controlado por edad, sexo y nivel educativo, estado civil, ocupación.

La hipótesis que se planteó fue: Existe una asociación entre la depresión y adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH.

II. MARCO TEÓRICO

En México el 2023, la prevalencia de niveles clínicos de síntomas de ansiedad y depresión fue del 53,6% y 37,6%. El 53% presentó niveles clínicos de depresión y síntomas de ansiedad. Según el SMAQ, el 34,5% de los pacientes eran adherentes al TARV. Se encontró que el nivel clínico de los síntomas de ansiedad, depresión y angustia psicológica aumenta el riesgo de incumplimiento del TAR. (8)

Durante el 2022, en Etiopía el 47,6% de los pacientes tenían depresión. La adherencia al TARV de los participantes fue del 82%. Las mujeres embarazadas de bajos ingresos tenían el doble de probabilidades de tener depresión (ORA = 2,10, IC del 95% = 1,31-3,36). Se encontró entre los que no presentaron adherencia 60,6% de depresión y 44,7% de depresión en el grupo con adherencia, con asociación estadísticamente significativa entre la depresión y la falta de adherencia al TAR (P = 0,020); la falta de cumplimiento fue casi dos veces mayor entre los participantes con depresión (AOR = 1,88, IC del 95 % = 1,08-3,27). (9)

En Filipinas el 2021, el 21,8% de los pacientes con VIH, dieron positivo para depresión y el 12,4 % no cumplieron con el tratamiento antirretroviral (<95% de la medicación tomada según lo prescrito). La razón más común informada para la no adherencia fue simplemente olvidada (42,9%). Se encontró que el 33.3% de los no adherentes presentaron depresión y solo el 20.1% de los adherentes presento depresión. El aumento de los síntomas depresivos se asoció con la falta de adherencia [Odds ratio (OR) = 1,13; IC 95%: 1,02-1,26].(10)

También en China el 2020; la puntuación de depresión en PVVIH ($47,83 \pm 10,58$ $p < 0,001$). El análisis multivariable reveló que la edad más joven (OR=0,929, P=0,004) y el tabaquismo (OR=4,297, P=0,001) se identificaron como factores independientes de depresión. Los resultados del cuestionario SCL-90 mostraron que la hostilidad y la ideación paranoica fueron significativamente más pronunciadas cuando las PVVIH tenían depresión. El

alto nivel de depresión mostró el factor de riesgo independiente asociado con la mala calidad de vida relacionada con la salud (OR = 0,370, P = 0,001). (11)

Mientras en Tanzania el 2019; el 25,0% de las mujeres cumplieron con los criterios de detección de depresión. La depresión se asoció significativamente con ser soltero (OR = 4,2, IC del 95 % = 1,1-15,5), inseguridad alimentaria (OR = 2,4, IC del 95 % = 1,0-6,4) y vergüenza por el VIH (OR = 1,2, IC del 95 % = 1,1 -1,3). El 17,8% de la muestra cumplía criterios de cribado tanto de depresión como de ansiedad. La depresión y la ansiedad comórbidas se asociaron con la soltería (OR = 4,5, IC del 95 % = 1,0-19,1), la vergüenza por el VIH (OR = 1,2, IC del 95 % = 1,1-1,3) y la experiencia de violencia en la vida (OR = 3,4, 95 % IC = 1,2-9,6). (12)

En países bajos, el 2019, buscan encontrar alguna asociación entre el estado mental y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH. Se utilizó la Escala de Ansiedad y depresión Hospitalaria. Se reportó que entre los sujetos que no presentaban adherencia al tratamiento el 45,3% presentaba depresión y entre los que tenían buena adherencia el porcentaje de sujetos deprimidos es de 20.7%, afirma que existe asociación significativa entre la depresión y la no adherencia al tratamiento antirretroviral ($p < 0,001$). (13)

En Chiclayo en el 2023, el 20% de los pacientes tenían depresión leve, y un 14% tenía mala adherencia al tratamiento antirretroviral. El 57% de las personas no manifestaron signos de depresión; sin embargo, entre estas personas, el 30% mostró una adherencia al tratamiento deficiente, y el 4,7% una adherencia adecuada. (14)

De las personas examinadas en Lima en 2022, el 43% tenía entre 18 y 25 años, y el 40% se identificó como LGTBI; el 53% desconocía su carga viral actual y no cumplía el tratamiento; y el 48% y el 47% de las PVVS experimentaban ansiedad y depresión, respectivamente. (15)

Según la investigación realizada en el Hospital Sergio Bernales de Lima en 2022, la escasa adherencia a la terapia antirretrovírica se relacionó con factores como la depresión (OR= 2,15; $p = 0,008$), un esquema de TAR

alternativo (OR= 2,40; p = 0,008), efectos secundarios (OR= 4,24; p = 0,002) y un estado de emergencia sanitaria COVID 19 (OR= 5,67; p= 0,05). (16)

En Trujillo el 2020, entre los individuos que cumplían criterios de depresión, el 27,7% no se adhirió a la terapia (p=0,6538). Entre los que no cumplían criterios de depresión, el 57,4% no se adhirió (p=0,5738). Se observó que el 59,6% de toda la muestra no cumplía el tratamiento. Los pacientes con depresión mostraron una mayor prevalencia de incumplimiento terapéutico (OR=1,14). (17)

Se observó en 2020 en Lima que la adherencia a la medicación antirretroviral estaba correlacionada con la depresión (p 0,001). Las poblaciones con trastornos respiratorios crónicos, que tienen una frecuencia mayor que las otras enfermedades no transmisibles con las que comparte grupo, también fueron clasificadas con altas tasas de adherencia (53,2% de las personas) y depresión (54,1% de las personas). (18)

Se determinó que el 64% de los pacientes de Arequipa en 2020 cumplieron adecuadamente con su terapia ATRV, mientras que el 36% no lo hizo. En el 32% de los pacientes se presentaron síntomas depresivos leves, en el 4% moderado. El 83,2% de los pacientes mostró adherencia al tratamiento cuando no había depresión, el 25% de los pacientes mostró adherencia cuando había depresión leve y ninguno de los pacientes mostró adherencia cuando había depresión moderada (p 0,05). (19)

La depresión es una enfermedad neuropsiquiátrica con una alta frecuencia entre los pacientes que se encuentran hospitalizados tanto áreas quirúrgicas como médicas, caracterizada por problemas de sueño, apetito o neurovegetativos y síntomas emocionales como melancolía, anhedonia o disforia. Los enfermos pueden experimentar despersonalización, sentimientos de desesperanza y una sensación de fatalidad inminente como síntomas psicológicos. El desinterés por la vida, incapacidad para realizar actividades, trastornos del sueño, pérdida o aumento de peso, sensación falta de aire, ralentización de los procesos psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpabilidad, deterioro de la capacidad de pensar

o concentrarse, pensamientos de muerte e ideación suicida son síntomas de depresión. Se trata de una enfermedad complicada con una amplia variedad de signos y posibles tratamientos. Identificar la comorbilidad es importante a la hora de tratar a pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo teniendo en cuenta el impacto perjudicial que la depresión puede tener en la calidad de vida. (20)

El VIH es el virus de inmunodeficiencia adquirida mientras el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la última fase de la infección por VIH, que debilita el sistema inmunitario. En las semanas posteriores a la infección, algunas personas no muestran ningún síntoma, mientras que otras presentan los síntomas clásicos de la gripe, como fiebre, dolor de cabeza, erupción cutánea y dolor de garganta. La inflamación de los ganglios linfáticos, la falta de apetito, la fiebre, la diarrea y la tos crónica son sólo algunos de los síntomas que pueden aparecer cuando la infección debilita el sistema inmunitario. Sin tratamiento, las personas pueden ser víctimas de enfermedades potencialmente mortales, como tuberculosis, meningitis criptocócica, infecciones bacterianas potencialmente mortales y neoplasias malignas como linfomas y sarcoma de Kaposi. (21)

El VIH puede transmitirse por la sangre, la leche materna, el esperma o las secreciones vaginales, así como durante el proceso del parto. Sin embargo, el VIH no puede transmitirse a través de interacciones casuales y cotidianas como darse la mano, abrazarse o besarse, ni a través del intercambio de objetos personales como cepillos de dientes, pasta dentífrica o botellas de agua. (22)

Existen diversas acciones humanas y variables ambientales que pueden aumentar la probabilidad de infectarse por el VIH: compartir soluciones de drogas contaminadas, agujas, jeringuillas u otros equipos de inyección; recibir inyecciones, transfusiones o trasplantes de tejidos no seguros; hacer un uso arriesgado de bebidas alcohólicas o drogas en el contexto de relaciones sexuales; mantener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo;

tener otras ITS como sífilis, herpes, clamidia, gonorrea o vaginosis bacteriana.(23)

Las pruebas rápidas que proporcionan resultados en el mismo día pueden utilizarse para identificar la infección por el VIH, lo que ayuda considerablemente al inicio rápido de la terapia y la atención. Además, el paciente puede hacerse las pruebas por sí mismo. Las pruebas de diagnóstico de VIH más populares detectan los anticuerpos producidos por el sistema inmunitario contra el virus. Estos anticuerpos suelen aparecer a los 28 días de la infección. Durante este tiempo, cuando los anticuerpos aún no se han producido en cantidades suficientes para ser identificados por las pruebas estándar, el paciente podría seguir transmitiendo el VIH aunque él mismo no muestre síntomas. (22)

Para descartar resultados inexactos o erróneos, los que hayan dado positivo en una prueba diagnóstica inicial deben someterse a una nueva prueba antes de iniciar la atención y el tratamiento. Los niños menores de 18 meses necesitan pruebas virológicas al nacer o a las 6 semanas, ya que las pruebas rápidas de anticuerpos no son lo bastante sensibles para identificar la infección. (23)

La infección por VIH puede evitarse. El uso de preservativos, las pruebas de detección del VIH y otras ETS, la circuncisión masculina quirúrgica voluntaria y el uso de programas de reducción de daños para consumidores de drogas inyectables pueden ayudar a disminuir el riesgo de infección durante la actividad sexual. (23)

El tratamiento antirretroviral (TAR) impide que el virus crezca, pero la infección por VIH no puede curarse. Aunque el tratamiento antirretroviral actual no restablece la inmunidad completa, sí mantiene el sistema inmunitario lo bastante fuerte como para seguir luchando contra las infecciones secundarias mientras realiza su trabajo. Los tratamientos antirretrovirales modernos requieren una dosis diaria de por vida. La eliminación de los síntomas y el restablecimiento de la salud son posibles gracias a la terapia antirretroviral, ya que disminuye la cantidad de virus en el organismo. Cuando se administra a

personas que no tienen el VIH, la terapia antirretrovírica puede impedir la propagación del virus. La profilaxis previa a la exposición se administra antes de que una persona corra el riesgo de exponerse al VIH, mientras que la profilaxis posterior a la exposición se administra a quienes ya han estado expuestos. (23)

Para lograr mejores resultados de salud y para que la provisión de terapia antirretroviral (TAR) sea efectiva, es necesario brindar atención de calidad para el VIH/SIDA. Se ha demostrado que el uso de pautas mejora la calidad de la atención al reducir las disparidades en la práctica y el cumplimiento de los estándares de buenos resultados de la atención. La implementación eficaz de las guías clínicas puede conducir a una mejora en los resultados clínicos, una reducción de la estancia hospitalaria y una reducción de la frecuencia y el costo de la monitorización. (24)

Los pacientes de todas las edades y en todos los entornos terapéuticos se enfrentan al mismo problema la falta de compromiso con el tratamiento y es más frecuente entre los que padecen enfermedades crónicas. El aumento del riesgo y de la morbimortalidad, la mayor probabilidad de cometer errores de diagnóstico y tratamiento, el mayor coste de los servicios sanitarios y el desarrollo de insatisfacción y problemas en la relación médico-paciente son todos resultados negativos asociados a una pésima adherencia TAR. La adherencia terapéutica es un procedimiento multifacético que incluye tanto el esfuerzo del propio paciente como la implicación interpersonal del profesional sanitario para producir un resultado positivo para la salud. (25)

La terapia antirretroviral (TAR) retrasa significativamente la progresión del VIH al SIDA. La adherencia al TAR es el segundo predictor más fuerte de progresión a SIDA y muerte, después del recuento de CD4. Se requiere un nivel muy alto de adherencia ($\geq 95\%$) para que el TAR sea efectivo a largo plazo y para prevenir la aparición de cepas virales resistentes y prevenir comorbilidades. (26)

También se sabe que el tratamiento del VIH requiere un alto nivel de adherencia de más del 90 % para lograr buenos resultados del tratamiento y

la supresión de la carga viral. Comprender las razones detrás del incumplimiento desde la perspectiva tanto de las PVVIH como de los trabajadores de la salud es fundamental para desarrollar estrategias para mejorar el cumplimiento. (27)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de estudio:

Fue aplicado. (28)

3.1.2 Diseño de investigación:

Se propuso un estudio observacional de tipo transversal analítico (28), el diseño de este estudio se muestra en la figura 1.

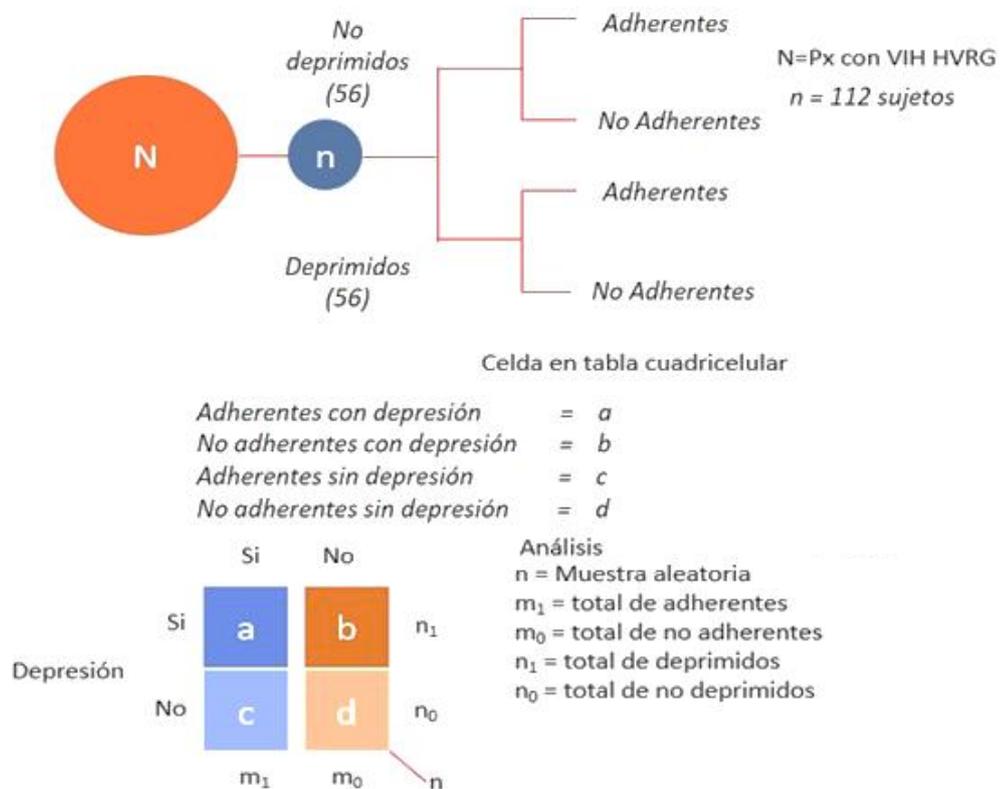


Figura 1. Diseño del estudio de investigación

3.2. Variables y operacionalización

3.2.1. Variables

Variable 1 (Exposición): Depresión.

Variable 2 (Desenlace): Adherencia a la terapia antirretroviral.

3.2.2. Operacionalización de variables (Anexo N°2)

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población: Estuvo conformado por todos los pacientes con diagnóstico de VIH registrados en el programa nacional de prevención y control de ITS, VIH/SIDA y Hepatitis del Hospital Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaraz durante el 2023. El total de pacientes registrados en este programa fue de 250.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de VIH con edad mayor o igual a 18 años.
- Pacientes que hayan estado en tratamiento antirretroviral durante al menos 3 meses antes de la inclusión en el estudio. Esto garantiza que han tenido tiempo suficiente para establecer un patrón de adherencia.
- Pacientes que fueron capaces de comprender y responder el test de Zung y el SMAQ

Criterios de exclusión

- Pacientes diagnosticados con VIH con discapacidades físicas y mentales.
- Pacientes que no aceptaron participar voluntariamente mediante consentimiento informado.
- Pacientes que presentaron enfermedades terminales o en estado crítico que puedan interferir con la capacidad de adherencia al tratamiento o la evaluación de la depresión.

- Pacientes que hayan participado en otro estudio clínico en los últimos 3 meses, con la finalidad de evitar la sobrecarga y sesgos pues la participación en estudios previos recientes puede sesgar los datos.

3.3.2. Muestra: Utilizando el programa Epidat 4.2 se consideró la proporción de no adherencia en el grupo de deprimidos de 71.3 y de 43.6 en el grupo de no deprimidos según el autor Been (13). Así mismo se consideró un nivel de confianza de 95% y una potencia del 80%. Se consideró 56 pacientes en cada grupo siendo un total de 112 como tamaño mínimo de participantes para el estudio. (Anexo N° 2)

3.3.3. Muestreo: Se utilizó el muestreo por conveniencia no probabilístico (29)

3.3.4. Unidad de análisis: Pacientes diagnosticados con VIH que recibieron terapia antirretroviral en el Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Para la variable 1 y 2 se utilizó la encuesta. (28)

Instrumento: Para ambas variables de estudio se utilizó los cuestionarios ya señalados:

Para la variable depresión se utilizó la escala de depresión de Zung; conformado por 20 ítems, cada pregunta valora un síntoma o signo de depresión. El instrumento fue validado por Silva con un índice de omega = 0,95. El instrumento estuvo estructurado en 4 dimensiones estado persistente afectivo (2 preguntas); trastorno fisiológico (8 preguntas); trastorno psicomotor (2 preguntas) y trastorno psíquico (8 preguntas). La valoración fue realizada mediante la escala de Likert de 4 respuestas: (1 punto) muy pocas veces; (2 puntos) algunas veces; (3 puntos) muchas veces; (4 puntos) casi siempre. (Anexo N°3) Las puntuaciones fueron valoradas de la forma: (30)

Menos de 50 puntos indicaron la ausencia de síntomas depresivos; puntuaciones de 50 a 59 señalaron una depresión de intensidad leve; valores

entre 60 y 69 reflejaron una depresión de carácter moderado, mientras que una puntuación de 70 o superior clasificó la depresión como grave.

Para la variable adherencia se empleó el cuestionario de The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ), el cual fue validado por Chaca con un α de Cronbach de 0.75. Si el usuario respondió afirmativamente a las preguntas 1, 3 y 4, pero negativamente a la pregunta 2, fué etiquetado como no adherente. Si el encuestado responde "C", "D" o "E" a la pregunta 5 o "más de 2 días" a la pregunta 6, entonces no fue un adherente. (ANEXO N° 3) A: 95-100%; B: 85-94%; C: 65-84%; D: 30-64%; y E: 30% indicó un rango semicuantitativo para la pregunta 5. (31)

Procedimiento

- Una vez culminado el proyecto, se presentó al comité ético de la Universidad César Vallejo en la Facultad de Ciencias de la Salud para su revisión y aprobación.
- Posteriormente, se solicitó el permiso respectivo al establecimiento de salud, mediante la presentación de un documento dirigido al director.
- Con la autorización respectiva, se informó al responsable de la estrategia sanitaria del Hospital Víctor Ramos Guardia y se le hizo conocimiento sobre los objetivos y la finalidad del estudio.
- Para recopilar la información, se utilizaron las visitas de los usuarios que acudieron al establecimiento de salud para su control mensual y recojo de medicinas.
- A los usuarios con diagnóstico de VIH, se les dio a conocer la finalidad y objetivos del estudio, seguidamente se les solicitó que firmaran el consentimiento informado (Anexo N°6), si deseaban participar voluntariamente en el estudio. La aplicación de los instrumentos, tanto de depresión como adherencia, tomó alrededor de 10 minutos y se aplicó en un momento conveniente, ya sea antes o después de su consulta médica, según la disponibilidad y preferencia del paciente.

3.5. Método de análisis de datos

Se introdujeron los datos en una base creada con Microsoft Excel 2019 y, posteriormente, se transfirieron al software Stata versión 17 para su análisis. Los hallazgos se mostraron en tablas unidimensionales y bidimensionales. Para verificar la hipótesis, se empleó la prueba chi-cuadrado, estableciendo un nivel de confianza del 95% para determinar asociaciones significativas entre las variables. Dado el diseño transversal analítico del estudio, se determinó la razón de prevalencia (RP) para evaluar la relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento, utilizando para ello regresión de Poisson simple y múltiple (32).

3.6. Aspectos éticos

La elaboración de la investigación se basó en los principios de la Declaración de Helsinki. Los cuales se fundamentan en los 4 principios bioéticos.

Beneficencia: La identidad de los pacientes, se protegió durante toda la investigación, los cuestionarios se llenaron de manera anónima.

No-Maleficencia: No se causó ningún tipo de daño en los pacientes.

Autonomía: Antes de participar en el estudio, los usuarios firmaron el consentimiento informado.

Justicia: A todos los usuarios que participaron en el estudio se les brindó el mismo trato durante el recojo de la información. (33)

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de las características edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación de los pacientes con VIH.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	18 – 29	74	48,4%
	30 – 40	51	33,3%
	41 – 51	18	11,8%
	52 – 59	10	6,5%
	Total	153	100,0%
Edad	(años)*	33,3 ±	8,9
Sexo	Masculino	123	80,4%
	Femenino	30	19,6%
	Total	153	100,0%
Estado civil	Casado	7	4,6%
	Conviviente	19	12,4%
	Soltero	127	83,0%
	Total	153	100,0%
Nivel de instrucción	Sin instrucción	4	2,6%
	Primaria	19	12,4%
	Secundaria	91	59,5%
	Superior	39	25,5%
	Total	153	100,0%
Ocupación	Sin trabajo	26	17%
	Ama de casa	21	13,7%
	Trabajador Independiente	67	43,8%
	Trabajador dependiente	39	25,5%
	Total	153	100,0%

Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

* Media ± desviación estándar.

La tabla 1 muestra que el grupo de edad más prevalente en los pacientes con VIH fue el de 18 a 29 años con 74 (48,4%), seguido del grupo de 30 a 40 años con 51

(33,3%); entre estos dos grupos se tiene el 81,7% del total de sujetos y la edad media hallada fue de 33 años.

El sexo más prevalente fue el masculino con 123 (80,4%).

El estado civil más frecuente fue el soltero 127 (83,0%).

El nivel de instrucción con mayor frecuencia fue el de secundaria 91 (59,5%), seguido de superior con 39 (25,5%) entre estos dos grupos se encuentra el 85% del total de sujetos.

La ocupación más prevalente fue trabajador independiente 67 (43,8%), seguido de trabajador dependiente con 39 (25,5%) y con menor prevalencia sin trabajo 26 (17%).

Tabla 2. Distribución de la frecuencia de depresión en pacientes con VIH

		Frecuencia	Porcentaje
	Si	82	53,6%
	Leve	49	32,0%
Depresión	Moderada	33	21,6%
	Severa	0	0,0%
	No	71	46,4%
	Total	153	100,0%

Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

La tabla 2 muestra que 82 (53,6%) presento depresión, siendo más frecuente la depresión leve 49 (32,0%), seguido de la moderada 33 (21,6%) y no se encontraron casos de depresión severa. No presentaron depresión 71 (46,4%) de los sujetos con VIH.

Tabla 3. Distribución de la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH.

		Frecuencia	porcentaje
Adherencia	No adherencia	105	68,6%
	Adherente	48	31,4%
	Total	153	100,0%

Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

La tabla 3 muestra que solo 48 (31,4%) presentó adherencia a la terapia antirretroviral esto significa que los pacientes con VIH de este estudio no son adherentes a la terapia antirretroviral.

Tabla 4. Asociación entre la depresión y la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH.

		Clasificación adherencia		Total
		No adherencia	Adherencia	
		n (%)	n (%)	n (%)
Clasificación	Moderada	27 (25,71)	6 (12,5)	33 (21,56)
	Leve	37 (35,23)	12 (25,)	49 (32,02)
	Sin depresión	41 (39,04)	30 (62,5)	71 (46,40)
	Total	105 (100,0)	48 (100,0)	153 (100,0)

p valor = 0,022

Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

La tabla 4 muestra que 25,71% de sujetos que no presentaron adherencia tenían depresión moderada vs 12,5% en el grupo con adherencia y que el 62,5% de los pacientes que presentaron adherencia carecen de depresión vs el 39,04 % de los pacientes sin adherencia, la prueba de chi cuadrado muestra que estas diferencias son significativas ($p=0,022$). Esto permite afirmar que la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH se encuentra asociada con el estado de depresión.

Tabla 5. Asociación entre la depresión y la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH controlado por edad, sexo y nivel educativo, estado civil, ocupación.

	ADHERENCIA		P
	Si (n=48) n (%)	No (n=105) n (%)	
Sexo			0.134
Masculino	42 (34.2)	81 (65.9)	
Femenino	6 (20.0)	24 (80.0)	
Edad (años)*	33.2 ± 8.3	33.8 ± 9.2	0.298
Estado Civil			0.567
Casado	2 (28.6)	5 (71.4)	
Conviviente	4 (21.1)	15 (79.0)	
Soltero	42 (33.1)	85 (67.0)	
Ocupación			0.096
Sin trabajo	6 (23.1)	20 (76.9)	
Ama de casa	4 (19.1)	17 (81.0)	
Trabajador independiente	20 (29.9)	47 (70.2)	
Trabajador dependiente	18 (46.2)	21 (53.9)	
Grado de Instrucción			<0.001
Sin instrucción	0 (0.00)	4 (100.00)	
Primaria	1 (5.3)	18 (94.7)	
Secundaria	23 (25.3)	68 (74.7)	
Superior	24 (61.5)	15 (38.4)	

Fuente: Datos obtenidos durante la investigación.

* Media ± desviación estándar.

La tabla 5 muestra que el 80% de pacientes no adherentes al tratamiento eran del sexo femenino vs 20% adherentes y que el 79% de no adherentes eran de estado civil conviviente vs 33.1% del grupo adherente, la ocupación ama de casa era no adherente 81% vs 19.1% que pertenecían grupo adherente. Los pacientes sin grado de instrucción 100% son no adherentes vs 0.00% del grupo adherente. La prueba de chi cuadrado muestra que el grado de instrucción tiene una diferencia significativa de ($p < 0.001$). Esto permite afirmar que la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH se encuentra asociado con el grado de instrucción.

Tabla 6. Factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con VIH. análisis Regresión simple – Regresión múltiple

Características	Regresión simple			Regresión múltiple*		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	P
Depresión						
Sin depresión	Ref.			Ref.		
Con depresión	1.35	1.07 – 1.70	0.010	1.33	1.06 -1.67	0.012
Sexo						
Masculino	Ref.			Ref.		
Femenino	1.21	0.97 – 1.51	0.083	0.82	0.60 -1.13	0.237
Edad						
Edad (años)	Ref.			Ref.		
	1.00	0.99 – 1.01	0.256	1.00	0.99 -1.01	0.613
Estado civil						
Casado	Ref.			Ref.		
Conviviente	1.10	0.65 - 1.86	0.708	1.07	0.66 -1.74	0.755
Soltero	0.93	0.57 – 1.52	0.793	1.30	0.80-2.10	0.284
Grado de instrucción						
Sin instrucción	Ref.			Ref.		
Primaria	0.94	0.85 - 1.05	0.319	0.98	0.74 -1.29	0.919
Secundaria	0.74	0.66 – 0.84	0.000	0.72	0.56- 0.93	0.013
Superior	0.38	0.25 – 0.57	0.000	0.36	0.22 -0.57	<0.001
Ocupación						
Sin trabajo	Ref.			Ref.		
Ama de casa	1.05	0.78 – 1.41	0.736	0.85	0.63- 1.14	0.287
Trabajador Independiente	0.91	0.70 – 1.18	0.492	0.79	0.60- 1.05	0.110
Trabajador Dependiente	0.7	0.48 – 1.00	0.052	0.65	0.45- 0.95	0.026

Fuente: Datos obtenidos durante la investigación

RP: Razón de prevalencias. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

La tabla 6 reporta que la depresión está asociada con la adherencia a la terapia antirretroviral, así como el nivel de instrucción y la ocupación, estas tres variables independientes mantienen su asociación al análisis múltiple.

En la población de estudio los pacientes VIH con depresión tienen 1.33 (IC 95% 1.06 – 1.77) veces la no adherencia al tratamiento comparado con los pacientes con VIH sin depresión. El sexo, edad y estado civil no fueron significativos en el estudio, el grado de instrucción superior tiene 0.36 (IC 95% 0.22-0.57) veces la no adherencia comparado con el grado sin instrucción, seguido del grado instrucción secundaria 0.72 y primaria 0.98 por lo cual deducimos que a mayor grado de instrucción existe menos probabilidad de veces de no adherencia. En cuanto a la

ocupación dependiente tiene 0.65 (IC 95% 0.45 – 0.95) veces la no adherencia comparado con la ocupación sin trabajo seguido de ocupación independiente 0.79 y ama de casa 0.85 de lo cual se deduce que existe menos probabilidad de veces de ser no adherente en los pacientes con VIH SIDA que cuentan con un trabajo dependiente.

V. DISCUSIÓN

Uno de los problemas principales que viene afectando a la salud pública a pesar de la incorporación de la mayoría de los pacientes al TAR es el VIH y SIDA, debido a que hasta la actualidad no se ha conseguido la adherencia necesaria al tratamiento (1). Por lo cual a lo largo de todo este tiempo desde su aparición se ha venido estudiando todos los posibles factores que afectan a que una persona se adhiera a su tratamiento; es así que dentro de los factores psicológicos se encuentra la depresión; por lo cual en este estudio nos planteamos determinar si la depresión y otros factores más se encuentra asociadas a la adherencia.

En esta investigación se encontró que la edad más prevalente en los pacientes con VIH oscila entre los 18 a 29 años con 74 (48,4%), referente al sexo más prevalente fue el masculino con 123 (80,4%); el estado civil más frecuente fue el soltero 127 (83,0%); en nivel de instrucción con mayor frecuencia fue el de secundaria 91 (59,5%); por último, la ocupación más prevalente fue trabajador independiente 67 (43,8%). Por lo cual concordamos con el estudio de **Sucasaca E.** (19) donde se encuentra una mayor frecuencia en el estado civil soltero con 65 (65%), nivel de instrucción secundaria 52 (52%) y trabajador independiente con 19 (19%) estos valores son muy similares a lo manifestado por **Estela G.** (9) donde el sexo masculino correspondía 51,4% en comparación con el sexo femenino, este resultado nos indica que la presencia de pacientes del sexo masculino es más frecuente en personas con VIH SIDA; sin embargo, no concordamos con el resultado en el mismo estudio ya que nos muestra que la edad más prevalente fue de 45 a 65 con 42,6% años, esto probablemente se deba a que ambos estudios se realizaron en diferentes lugares y que nuestro estudio tenga una población más joven. En resumen, las características más relevantes fueron de 18 y 29 años de

edad; de sexo masculino, estado civil soltero, finalización de la educación secundaria y empleo independiente.

Con respecto a la depresión, 82 (53,6%) presento depresión, siendo más frecuente la depresión leve 49 (32,0%), seguido de la moderada 33 (21,6%) y no se encontraron casos de depresión severa. No presentaron depresión 71 (46,4%) de los sujetos con VIH. Con lo expresado anteriormente podemos coincidir con los resultados de **Abebe et al.** (9) en donde los pacientes con VIH presentan con mayor frecuencia depresión leve 78 (21,2%) seguido de la moderada (17,1%), no obstante, en el estudio de **Tapullima C.** (15) nos menciona que existe una mayor prevalencia de pacientes que presentan depresión moderada con 111 (48,3%) por lo cual concluimos que la mayor frecuencia de depresión según la clasificación se encuentra en leve a moderada en pacientes con VIH SIDA y no se debe ignorar la depresión, ya que los trastornos del estado de ánimo pueden provocar sentimientos persistentes de tristeza y pérdida de interés en la realización de diferentes actividades que afecta los sentimientos, pensamientos y comportamientos de una persona y puede provocar una variedad de problemas en la salud.

Referente a adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH nuestro estudio muestra que 105 (68,6%) no presentó adherencia a la terapia antirretroviral, este resultado coincide con la investigación de **Rodríguez L.** (7) donde el mayor número de pacientes con 116 de una población de 200 eran no adherentes a la terapia antirretroviral al igual que en el estudio de **Estela G** (9) que reporta una mayor proporción de no adherentes (60.8%), ambos estudios fueron realizados en el Perú, por lo cual mencionamos que en la mayoría de los pacientes que asisten a un programa TAR son no adherentes estos debido a diferentes factores que influyen en su adherencia.

Además, sobre la asociación entre la depresión y la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH, en los resultados muestra el 62,5% de los pacientes que presentaron adherencia carecen de depresión vs el 39,04% de los pacientes sin adherencia, la prueba de chi cuadrado muestra que estas diferencias son significativas ($p=0,022$). Esto permite afirmar que la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH se encuentra asociada con el estado de

depresión similar a lo reportado por **Sucasaca E.**(19) donde 83,2% de los pacientes adherentes no presentaban depresión y se encontró una $p < 0.0001$ demostrando así una relación estadísticamente significativa, al igual que en otros estudios como **Cárdenas L.** (18) quien halló una $p < 0.001$ evidenciando asociación entre depresión y adherencia al TAR es por ello que dar énfasis a los síntomas depresivos de nuestros pacientes y tratarlos de manera adecuada se traduce como la participación activa de estos para colaborar con la mejora de su salud por ende una mejor adherencia a su terapia.

Asimismo, en cuanto a la asociación con nuestras covariables la prueba de chi cuadrado muestra que el grado de instrucción tiene una diferencia significativa de ($p < 0.001$). Esto permite afirmar que la adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH se encuentra asociado con el grado de instrucción, pero no se presenta asociaciones con las demás covariables; sin embargo se encontró que 80% de pacientes no adherentes al tratamiento eran del sexo femenino vs 20% adherentes y que el 79% de no adherentes eran de estado civil conviviente vs 33.1% del grupo adherente, la ocupación ama de casa era no adherente en un 81% vs 19.1% que pertenecían grupo adherente. Los pacientes sin grado de instrucción 100% son no adherentes vs 0.00% del grupo adherente. Por lo cual nuestros resultados concuerdan con el **Tapullima C.** (15) ya que registraron un nivel de depresión severa y muy severa, el 69 % y 90.5 % tuvieron un grado de instrucción de secundaria completa y, a diferencia de los demás factores, se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.001$) entre adherencia y grado de instrucción, sin embargo, **Espínola S.** (17) en su investigación determinó que las características sociodemográficas como estado civil, nivel de instrucción, edad y sexo no se encontraban asociadas estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento antirretroviral ($p > 0.05$) a pesar de ello dado a los resultados obtenidos en nuestro estudio y estudios similares se debe de tener en cuenta el grado de instrucción de los pacientes ya que podría influir en el grado de adherencia a la TAR.

Referente a los factores asociados a la adherencia del tratamiento en pacientes con VIH. análisis Regresión simple – Regresión múltiple, los pacientes VIH con depresión tienen 1.33 (IC 95% 1.06 – 1.77) veces la no adherencia al tratamiento

comparado con los pacientes con VIH sin depresión, coincidimos con el estudio **Sucasaca E.** (19) quien en su estudio menciona que los pacientes sin depresión tienen una mejor adherencia con una significancia estadística ($p < 0.05$) al igual que en el estudio de **Vargas D.** (16) donde se determina que la depresión y adherencia se encuentra asociadas ($P=0.008$) con un riesgo de 2.15 veces más cuando este se encuentra presente; por lo cual catalogamos a la depresión como una enfermedad desfavorable para los pacientes con VIH SIDA que cursan con TAR, ya que quienes padecen los síntomas de esta enfermedad se encuentran en desventaja para cumplir con lo requerido en su terapia. Sin embargo; existen estudios como los de **Estela G.** (14) quien no encontró una asociación significativa ($p= 0,128$) entre adherencia al TAR y depresión al igual que **Espínola S.** (17) quien en su estudio menciona que no existe asociación ($p>0,05$) entre la variable depresión y adherencia al TAR, estos resultados podrían deberse a que en los dos estudios las tasas de depresión eran leves en mayor proporción y no encontrándose depresión moderada ni severa quiere decir que la mayoría de sus pacientes de estudio carecían de depresión.

En cuanto al sexo, edad y estado civil no fueron significativos en el estudio, el grado de instrucción superior tiene 0.36 (IC 95% 0.22-0.57) veces la no adherencia comparado con el grado sin instrucción, seguido del grado instrucción secundaria 0.72 y primaria 0.98 por lo cual deducimos que a mayor grado de instrucción existe menos probabilidad de veces de no adherencia. En cuanto a la ocupación dependiente tiene 0.65 (IC 95% 0.45 – 0.95) veces la no adherencia comparado con la ocupación sin trabajo, seguido de ocupación independiente 0.79 y ama de casa 0.85 de lo cual se deduce que existe menos probabilidad de veces de ser no adherente en los pacientes con VIH SIDA que cuentan con un trabajo dependiente. Nuestro resultado se asemeja con **Espínola S.** (17) donde al igual que en nuestro estudio no se encontró una asociación significativa ($p>0,05$) en la edad, sexo, y estado civil, en cuanto al grado de educación a pesar no hallar una asociación significativa se evidenció que los pacientes con educación primaria tenían un mayor riesgo de no adherencia resultado que se asemeja con nuestro estudio; por lo cual es importante tener en consideración los diferentes grados de instrucción de los

pacientes con VIH SIDA ya que esto podría significar un papel importante en su cumplimiento a su TAR.

Dentro de las limitaciones se encuentra las escalas con las que se ha medido adherencia y depresión las cuales podrían haber afectado los resultados sin embargo son pruebas con validez y consistencia comprobada, por lo cual se tiene que tener en cuenta que los diagnósticos realizados a los pacientes en esta investigación se basaron en puntajes y como fue una autoevaluación se confió en la honestidad de los pacientes, no se pudo contrastar los resultados del instrumento con el registro de seguimiento de los pacientes al TAR, demora en la respuesta al permiso de desarrollo de tesis 1 mes sin el cual no se pudo acceder a la aplicación de encuestas, temor de los pacientes a que su identidad sea conocida, no contar con un ambiente adecuado para la aplicación de la encuesta ya que esto se realizó en pasillos; dentro de las fortalezas tuvimos el apoyo constante por parte del personal de salud y la disponibilidad de los pacientes en responder la encuestas.

VI. CONCLUSIONES

1. Después de revisar diferentes estudios y nuestros resultados se concluye que los pacientes deprimidos con VIH tienen una mayor probabilidad de ser no adherentes, asimismo existe una asociación entre la depresión y la adherencia a la terapia antirretroviral.
2. En la población con VIH la mayor proporción de pacientes son representados por la edad de 18 a 29 años y que la mayoría de estos son del sexo masculino, estado civil soltero con una educación secundaria y son trabajadores independientes.
3. Existe una mayor prevalencia de pacientes deprimidos con VIH; pero la mayor parte de ellos solo presentan una depresión leve; al igual que se ha encontrado una baja adherencia al TAR.
4. Los pacientes con VIH con depresión leve a moderada se encuentran asociados a la no adherencia a la terapia antirretroviral, sin embargo, nuestra investigación no contó con pacientes con depresión severa.
5. Existe menos probabilidad de no adherencia en los pacientes que cuentan con un trabajo dependiente y tienen un grado de educación superior.

VII. RECOMENDACIONES

1. Realizar el seguimiento oportuno y eficaz de los pacientes a los consultorios de psicología y hacer partícipe a los psiquiatras del tratamiento pacientes VIH que se encuentran deprimidos ya que juega un rol importante en la adherencia a su tratamiento antirretroviral.
2. Trabajar de forma diferenciada con pacientes con VIH que tienen un grado académico bajo, ya que es importante que ellos entiendan el enfoque y esquema de tratamiento que se realiza sobre su enfermedad y puedan entender la importancia de la misma.
3. Brindar apoyo social oportuno a los pacientes con VIH que se encuentran sin trabajo o sin un trabajo estable ya que muchas veces son víctimas de la discriminación por su condición no encontrando un empleo de acuerdo a su profesión u oficio y esto afecta a su adherencia a la terapia antirretroviral.
4. Ampliar estudios en los pacientes con VIH que permitan conocer que otros factores contribuyen a la no adherencia a la terapia antirretroviral ya que es un problema de salud pública a nivel mundial.

REFERENCIAS

1. Du X, Zhang Q, Hao J, Gong X, Liu J, Chen J. Global trends in depression among patients living with HIV: A bibliometric analysis. *Front Psychol.* 2023. 9;14:1125300. <https://doi:10.3389/fpsyg.2023.1125300>.
2. Pence BW, Mills JC, Bengtson AM, Gaynes BN, Breger TL, Cook RL, Moore RD, Grelotti DJ, O'Cleirigh C, Mugavero MJ. Association of Increased Chronicity of Depression With HIV Appointment Attendance, Treatment Failure, and Mortality Among HIV-Infected Adults in the United States. *JAMA Psychiatry.* 2018. 1;75(4):379-385. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4726>.
3. Mao Y, Qiao S, Li X, Zhao Q, Zhou Y, Shen Z. Depression, Social Support, and Adherence to Antiretroviral Therapy Among People Living With HIV in Guangxi, China: A Longitudinal Study. *AIDS Educ Prev.* 2019;31(1):38-50. <https://doi:10.1521/aeap.2019.31.1.38>.
4. Dorcélus L, Bern JJ, Georgery C, Vanessa C. Factors associated with antiretroviral therapy adherence among people living with HIV in Haiti: a cross-sectional study. Preprint; 2021 Sep 8]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-653288/v1>
5. Montilla L. Salud mental en personas diagnosticadas con VIH/SIDA que tienen baja adherencia al tratamiento: un análisis sistemático. [Tesis de pregrado]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2022. Fecha de acceso 02 de julio del 2023. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/83cf8d11-59ce-4632-80ed-d8a9f2e3c1d9/content>
6. Ministerio de Salud del Perú: Situación epidemiológica del VIH-sida en el Perú. [Internet]. Lima: MINSA; 2023. [cited 2023 Abr 3]. Available from: https://www.dge.gob.pe/vih/uploads/nacional_vih.html
7. Rodríguez L. Estilos de vida y orientación sexual en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH de un hospital público de Trujillo. [Tesis de pregrado] Trujillo: Universidad Cesar Vallejo; 2021. Fecha de acceso 02 de julio del 2023. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87433/Rodr%c3%adquez_MLA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Hernández P, Ortiz MA, García NB, Martínez MF. Physical Activity, Anxiety, Depression, and Adherence to Antiretroviral Therapy in People with HIV. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2023;39(6):310-316. <https://doi:10.1089/AID.2022.0064>.
9. Abebe W, Gebremariam M, Molla M, Teferra S, Wissow L, Ruff A. Prevalence of depression among HIV-positive pregnant women and its association with adherence to antiretroviral therapy in Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS One*. 2022. 20;17(1): e0262638. <https://doi:10.1371/journal.pone.0262638>.
10. Elsayed H, O'Connor C, Leyritana K, Salvana E, Cox SE. Depression, Nutrition, and Adherence to Antiretroviral Therapy in Men Who Have Sex With Men in Manila, Philippines. *Front Public Health*. 2021. 21;9: 644438. <https://doi:10.3389/fpubh.2021.644438>.
11. Cai S, Liu L, Wu X, Pan Y, Yu T, Ou H. Depression, Anxiety, Psychological Symptoms and Health-Related Quality of Life in People Living with HIV. *Patient Prefer Adherence*. 2020. 25;14:1533-1540. <https://doi:10.2147/PPA.S263007>.
12. Ngocho JS, Watt MH, Minja L, Knettel BA, Mmbaga BT, Williams PP, Sorsdahl K. Depression and anxiety among pregnant women living with HIV in Kilimanjaro region, Tanzania. *PLoS One*. 2019. 31;14(10): e0224515. <https://doi:10.1371/journal.pone.0224515>.
13. Been SK, Schadé A, Bassant N, Kastelijns M, Pogány K, Verbon A. Anxiety, depression and treatment adherence among HIV-infected migrants. *AIDS Care*. 2019 Aug;31(8):979-987. doi: 10.1080/09540121.2019.1601676. Epub 2019 Apr 8. PMID: 30957530. <https://doi:10.1080/09540121.2019.1601676>
14. Estela G. Asociación de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad con depresión en un grupo de pacientes VIH/sida. Hospital II-2. 2021-2022. [Tesis de pregrado]. Chiclayo: Universidad San Martín de Porres; 2023. Fecha de acceso 02 de julio del 2023. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/USMP_18c991a7f5d82c5e5b8349e8db88fa70
15. Tapullima C. Factores relacionados con la ansiedad y depresión en pacientes con VIH de un hospital público. *Revista de Investigación en Psicología*. 2022; 25(2), 55-71. <https://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.21424>

16. Vargas D. Factores de riesgo asociados a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes VIH positivo del Hospital Sergio Bernales. [Tesis de pregrado] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2022. Fecha de acceso 02 de julio del 2023. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/5127>
17. Espínola S. Depresión como factor asociado a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA. [Tesis de pregrado] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. Fecha de acceso 02 de julio del 2023. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6038/1/REP_MEHU_S_ANDRA.ESPINOLA_DEPRESI%C3%93N.FACTOR.ASOCIADO.ADHERENCIA.TRATAMIENTO.ANTIRRETROVIRAL.GRAN.ACTIVIDAD.PACIENTES.VIH/SIDA.pdf
18. Cárdenas L. Asociación entre depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del hospital nacional dos de mayo, Perú. [Tesis de pregrado] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2020. Fecha de acceso 02 de julio del 2023. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3804>
19. Sucasaca E. Relación entre la presencia de síntomas depresivos y la adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad en personas viviendo con VIH/SIDA tratados en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. [Tesis de pregrado] Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2020. Fecha de acceso 02 de julio del 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10042>
20. Varela J, García C, Cobos H. Depresión en el adulto mayor intervenido quirúrgicamente. Depression in the surgically intervened elderly adult. Cir Cir. 2020;88(6):721-725. <https://doi.org/10.24875/CIRU.20001632>
21. Sax P. Infección aguda y temprana por VIH: manifestaciones clínicas y diagnóstico. In: Rajesh T, ed. UptoDate. Mitty J.: UptoDate; 2023. Fecha de acceso 13 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=Infección%20aguda%20y%20temprana%20por%20VIH:%2>

[Umanifestaciones%20cl%C3%ADnicas%20y%20diagn%C3%B3stico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/manifestaciones-cl%C3%ADnicas-y-diagn%C3%B3stico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

22. Sax P. Infecci3n aguda y temprana por VIH: patogenia y epidemiolog3a. In. Rajesh T, ed. UptoDate. Mitty J.: UptoDate; 2023. Fecha de acceso 13 de junio del 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-pathogenesis-and-epidemiology?search=Infecci3n%20aguda%20y%20temprana%20por%20VIH:%20patogenia%20y%20epidemiolog3a&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
23. Sax P. Infecci3n aguda y temprana por VIH: Tratamiento. In. Rajesh T, ed. UptoDate. Mitty J.: UptoDate; 2023. Fecha de acceso 13 de junio del 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-and-early-hiv-infection-treatment?search=Infecci3n%20aguda%20y%20temprana%20por%20VIH:%20Tratamiento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
24. Akamike IC, Okedo-Alex IN, Uneke CJ, et al. Evaluation of the effect of an educational intervention on knowledge and adherence to HIV guidelines among frontline health workers in Alex-Ekwueme Federal University Teaching Hospital Abakaliki, Nigeria. *Afr Health Sci.* 2020;20(3):1080-1089. <http://doi:10.4314/ahs.v20i3.10>
25. P3rez J. Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/sida en la Atenci3n Primaria de Salud. *Rev haban cienc m3d.* 2020; 19(5) Fecha de acceso: 10 de junio del 2023. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600011
26. Hiregoudar V, Bellara R, Goud TG. Proportion and Determinants of Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV Positive People Registered Under ART Center in South India. *Int J Prev Med.* 2019;10:206. http://doi:10.4103/ijpvm.IJPVM_7_18
27. Lahai M, Theobald S, Wurie HR, et al. Factors influencing adherence to antiretroviral therapy from the experience of people living with HIV and their

- healthcare providers in Sierra Leone: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1327. <http://doi:10.1186/s12913-022-08606-x>
28. Parreño, A. Metodología de la investigación en Salud, Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2016. Fecha de acceso 11 de junio del 2023. Disponible en: www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf
 29. Quispe M., Porta, T., Maita, A., Sedano A., Serie de Redacción Científica: Estudio de Cohortes. Rev. Cuerpo Med. HNAAA. 2020; 13(3): 333-338. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.113.751>
 30. Silva V. Propiedades psicométricas de la escala depresión del Zung, en alumnos del quinto grado de secundaria de la provincia de ASCOPE. [Tesis de pregrado] Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2019. Fecha de acceso 02 de julio del 2023. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6574>
 31. Chaca I. Apoyo social y adherencia al tratamiento antiretroviral en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Marino Molina Scippa. [Tesis de maestría] Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2018. Fecha de acceso 02 de julio del 2023. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27907/Chaca_VI_Z.pdf?sequence=4&isAllowed=y
 32. Salazar F., Manterola D., Quiroz S., García M., Otzen H., Mora V. et al. Estudios de cohortes. 1ª parte. Descripción, metodología y aplicaciones. Rev. cir. 2019; 71(5): 482-493. <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492019005431>
 33. Declaración De Helsinki [Base de datos]. México: Gobierno de México; 2017. Fecha de acceso 18 de junio del 2023. Disponible en: <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/helsinki.html>

ANEXOS

ANEXO N° 1

Operacionalización De Las Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Variable 1: Depresión	La depresión es una enfermedad común que limita severamente el funcionamiento psicosocial y disminuye la calidad de vida.	Para determinar la depresión en los usuarios con VIH se empleará la escala Zung	Sin depresión (<50 puntos)	Cualitativa ordinal
			Leve (50-59 puntos)	
			Moderada (60-69 puntos)	
			Severa (> 70 puntos)	
Variable 2: Adherencia a la terapia antirretroviral	Es el comportamiento propio de la persona que favorece el cumplimiento del tratamiento antirretroviral.	Se determina mediante el Cuestionario The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)	Si adherente 1,3 y 4 (No) 2 (Si)	Cualitativa nominal
			No Adherente Pregunta 1,3 y 4 (Si) 2 (No), 5 (C,D,E) 6 (>2 días)	
Covariables Edad	Tiempo de vida de una persona transcurrido desde su nacimiento.	Años de vida del usuario registrado en el cuestionario	≥ 18 años hasta los 59 años	Cualitativa De Razón
Sexo	características biológicas que diferencia a los seres humanos	Sexo del usuario registrado en el cuestionario	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Grado de instrucción	Nivel de educación alcanzado por la persona	Nivel educativo del usuario registrado en el cuestionario	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior	Cualitativa ordinal
Ocupación	Es el trabajo o actividad que desarrolla una persona.	Ocupación del usuario registrado en el cuestionario	Ama de casa Trabajador dependiente Trabajador independiente	Cualitativa nominal

Anexo 2

Cálculo del tamaño de la muestra

[1] Tamaño de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en	:	
Población 1	:	71,300%
Población 2	:	43,600%
Razón entre tamaños muestrales	:	1,00
Nivel de confianza	:	95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	56	56	112

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 con la corrección por continuidad de Yates (χ^2).

Anexo N° 3

Instrumento de recolección de datos

Fecha: ___/___/___

Estimado paciente Es un placer contar con su participación en este estudio importante que busca comprender mejor su salud y su bienestar.

Por favor, tome un momento para completar este cuestionario. Sus respuestas son esenciales para nuestro estudio y nos ayudarán a brindarle el mejor cuidado posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas; simplemente queremos conocer su experiencia de manera honesta. Marque con una X su respuesta.

1) Datos generales del paciente

N° de registro (ID): _____ N° de historia clínica: _____ Edad en años: _____

Sexo: Masculino
 Femenino

Estado Civil Casado
 Conviviente
 Soltero
 Divorciado
 Viudo

Grado de instrucción: Sin instrucción
 Primaria
 Secundaria
 Superior

Ocupación o trabajo: Sin trabajo
 Ama de Casa
 Trabajador independiente
 Trabajador dependiente

2) Escala de Zung para la depresión

Por favor, lea cuidadosamente cada enunciado y marque el número que mejor refleje cómo se ha sentido en las últimas dos semanas.

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

3) Cuestionario Simplificado de Adherencia a la Medicación SMAQ

SMAQ						
1	¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Si		No		
2	¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	Si		No		
3	¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Si		No		
4	¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	Si		No		
5	En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	Ninguna A	1-2 B	3-5 C	6-10 D	>10 E
6	Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	Menos de 2		Mayor igual a 2 días		

ANEXO N°4

Autorización aplicación firmado por la autoridad de la institución.

MEMORANDUM No. 1658-2023-RA-DIRES-H"VRG"-HZ/UADEI/J.

ASUNTO : Autorización de recolección de datos
A : Lic. Edwin Robles Lirio
Responsable Programa PROCETS
REF. : Proveído No.031-2023-RA-DIRES-H" VRG" -HZ/CIEI/P.
FECHA : Huaraz, 20 de Octubre del 2023

Por el presente se hace de su conocimiento que el Comité de Ética e Investigación, autoriza la realización de Recolección de Información para el Proyecto de Investigación denominado "Asociación entre la depresión y adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA del Hospital "Víctor Ramos Guardia"-Huaraz.

Por lo que deberá brindar las facilidades que el caso amerite a doña Anastasio Inocente Jael Marleny, para realizar la recolección de datos en el Servicio a su cargo, por lo que se le solicita en el informe del proyecto deberá especificar confidencialidad de los datos recogidos del Hospital, debiendo usar su equipo de protección personal (EPP) al visitar las instalaciones del Hospital.

Atentamente,



D. G. G. Jrc.
c.c. Sec. Dirección
U. Docencia
Hz. 20.10.2023

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - ANCASH
Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz
M.C. DOUGLAS LÓPEZ DE GUIMARAES
DIRECTOR EJECUTIVO
CNP 018513 DNI 31674722

ANEXO N°5

Consentimiento Informado (*)

Título de la investigación: “Asociación entre la depresión y adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH”.

Investigadora:

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Asociación entre la depresión y adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH, Hospital de Huaraz-2023”, cuyo objetivo es determinar la asociación entre la depresión y adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH, Hospital de Huaraz-2023. Esta investigación es desarrollada por la estudiante de pregrado de la carrera profesional de Medicina, de la Universidad César Vallejo del campus Trujillo, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso del Hospital Victor Ramos Guardia

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

- 1.- Se realizará una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación.
- 2.- Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 10 minutos y se realizará en el Hospital Victor Ramos Guardia. Las respuestas al cuestionario o guía de entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Participación voluntaria: Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo: NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios: Los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna

otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad: Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigadora:

email: marlleny90@hotmail.com y Docente asesor; email: mespinolasa@ucvvirtual.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

Firma:

DNI:

Fecha y hora:



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, ESPINOLA SANCHEZ MARCOS AUGUSTO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Asociación entre la depresión y adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH", cuyo autor es ANASTACIO INOCENTE JAEL MARLENY, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 20 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MARCOS AUGUSTO ESPINOLA SANCHEZ DNI: 43525806 ORCID: 0000-0002-1005-5158	Firmado electrónicamente por: MESPINOLASA el 22-01-2024 08:18:16

Código documento Trilce: TRI - 0702106