



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

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 PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

Rodríguez Moreno, Luis Alonso (ORCID: 0000-0002-8755-5943)

ASESORES:

Ms. Paúl Alan Arkin Alvarado García (ORCID: 0000-0003-1641-207X)

Dr. Wilfredo Carlos Chico Silva (ORCID: 0000-0003-4298-5533)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades infecciosas y Transmisibles

TRUJILLO – PERÚ

2021

DEDICATORIA

El presente informe de investigación (tesis) va dedicado principalmente a Dios, por ser el inspirador y brindar la fuerza para continuar en este proceso de obtención de resultados, los cuales son uno de los anhelos más deseados.

De la misma manera a mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos 7 años de estudios en pregrado, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Ha sido un orgullo y un privilegio de ser su hijo, son los mejores padres.

A mis hermanas y hermano, por estar siempre presentes, acompañándome en todas mis aventuras, por el apoyo moral y emocional, que me brindaron a lo largo de esta etapa de la vida.

A mis compañeros y mejores amigos de la universidad, quienes reforzaron el valor de la dedicación, la paciencia, el respeto, el cariño hacia los pacientes, la diversión y buscar lo bueno de cada etapa en mi vida.

A mi mejor amiga, por siempre sentirse orgullosa de serlo, apoyarme en todo momento y estar siempre para mí.

A mis docentes de pregrado e internado, que me ayudaron a formar el profesional en el que me estoy convirtiendo, mediante sus consejos y compartiendo sus enseñanzas.

A mi asesor de tesis, que me guio en todo camino, apoyando mis convicciones y las ganas de investigar a profundidad en el tema del proyecto.

A las personas que me han apoyado en continuar la carrera, motivándome y respetando mis convicciones

Y finalmente, pero no menos importante, a la comunidad LGBT+, debido a que continuaré ayudando para que estén formando parte cada vez más en la visualización y formando parte en mas estudios, para la mejora de la sociedad.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por bendecirme con la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en los momentos de dificultad y de debilidad en los que he atravesado.

De la misma manera agradezco a mis padres: Ivonne Moreno y José Rodríguez, por convertirse en los principales motores para cumplir mis anhelos, defenderme de aquellos que intentan herirme, por confiar en mis sueños, creer en mis expectativas, enseñarme principios y respetar mis convicciones.

Agradezco a mis docentes de la escuela de medicina Humana, por ayudarme a convertirme en un profesional responsable y dedicado a la carrera, por haber compartido conocimientos a lo largo de mi preparación como profesional.

A los pacientes que formaron parte de la investigación, por brindar información valiosa para el desarrollo de la misma.

De igual manera agradecer a mi asesor de tesis Ms. Paúl Alan Arkin Alvarado García, por guiarme en el camino de la investigación y enseñándome la manera de hacerlo adecuadamente.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de gráficos y figuras	iv
Resumen.....v	v
Abstract.....vi	vi
I. Introducción..... 7	7
II.Marco teórico.....10	10
III.Metodología.....20	20
3.1. Tipo y diseño de investigación:20	20
3.2. Variables y operacionalización.....20	20
2.3. Población20	20
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....22	22
2.5. Procedimientos:23	23
2.6. Método de análisis de datos.....24	24
2.7. Aspectos éticos24	24
IV.Resultados:26	26
V.Discusión53	53
VI.Conclusiones:68	68
VII.Recomendaciones:69	69
Referencias70	70
Anexos	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Asociación entre estilos de vida, adherencia al tratamiento y orientación sexual.....	26
TABLA 2. Identificación de Orientación sexual.....	26
TABLA 3. Estilos de vida.....	27
TABLA 4. Adherencia al tratamiento.....	27
TABLA 5. Asociación entre Orientación sexual y adherencia al TARV.....	28
TABLA 6. Asociación entre estilos de vida y adherencia al TARV.....	28
TABLA 7. Asociación entre estilos de vida, adherencia al tratamiento y Cada orientación sexual.....	29
TABLA 8. Asociación entre edad y adherencia al TARV.....	30
TABLA 9. Asociación entre género y adherencia al TARV.....	31
TABLA 10. Asociación entre estado civil y adherencia al TARV.....	32
TABLA 11. Asociación entre tipo de pareja actual y adherencia al TARV.....	33
TABLA 12. Asociación entre estado civil y adherencia al TARV.....	33
TABLA 13. Asociación entre lugar donde vive y adherencia al TARV.....	34
TABLA 14. Asociación entre grado de instrucción y adherencia al TARV.....	35
TABLA 15. Asociación entre ocupación y adherencia al TARV.....	35
TABLA 16. Asociación entre tratamiento que recibe y adherencia al TARV.....	36
TABLA 17. Asociación entre lugar de diagnóstico y adherencia al TARV.....	37
TABLA 18. Asociación entre carga viral y adherencia al TARV.....	38
TABLA 19. Asociación entre mejora de la carga viral y adherencia al TARV.....	38
TABLA 20. Asociación entre células TCD4 y adherencia al TARV.....	39
TABLA 21. Asociación entre mejora de células TCD4 y adherencia al TARV.....	39
TABLA 22. Asociación entre años desde el diagnóstico sin tratamiento y adherencia al TARV.....	40
TABLA 23. Asociación entre años viviendo con VIH y adherencia al TARV.....	41
TABLA 24. Asociación entre tiempo de tratamiento y adherencia al TARV.....	41
TABLA 25. Asociación entre ruta de transmisión y adherencia al TARV.....	42
TABLA 26. Asociación entre género con el que se tuvo relaciones sexuales los últimos 6 meses y adherencia al TARV.....	42
TABLA 27. Asociación entre uso de preservativo en relaciones sexuales y adherencia al TARV.....	43
TABLA 28. Asociación entre comorbilidades y adherencia al TARV.....	44
TABLA 29. Asociación entre enfermedades oportunistas y adherencia al TARV.....	45
TABLA 30. Asociación entre enfermedades de transmisión sexual y adherencia al TARV.....	45
TABLA 31. Asociación entre presencia de RAM's y adherencia al TARV.....	46
TABLA 32. Asociación entre acciones tomadas contra RAM's y adherencia al TARV.....	47
TABLA 33. Asociación entre abandono por >30d en este año y adherencia al TARV.....	47

TABLA 34. Asociación entre abandono de tratamiento en cualquier momento y adherencia al TARV.....	48
TABLA 35. Asociación entre tiempo de abandonado el tratamiento y adherencia al TARV.....	49
TABLA 36. Asociación entre razón de abandono del TARV y adherencia al TARV.....	49
TABLA 37. Asociación consumo de alcohol y adherencia al TARV.....	50
TABLA 38. Asociación entre el conocimiento de la familia del estado serológico del paciente y adherencia al TARV.....	51
TABLA 39. Asociación entre el conocimiento de los amigos del estado serológico del paciente y adherencia al TARV.....	51
TABLA 40. Satisfacción de la encuesta.....	52

RESUMEN

En esta investigación titulada: “Estilos de vida y orientación sexual en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH de un hospital público de Trujillo”. Tiene como objetivo principal determinar si la orientación sexual y los estilos de vida están asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH. Siendo una investigación tipo básica con un diseño de investigación tipo transversal correlacional. Incluyendo 3 variables: Orientación sexual, estilos de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral, con una población de 875 pacientes que viven con VIH (PVV), obteniendo una muestra de 200 PVV, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia, haciendo encuestas, mediante los cuestionarios: FANTASTICO, SMAQ y PLHIV-Pro. Cumpliendo con los códigos de ética establecidos. El cual tuvo como resultado que, la orientación sexual y el estilo de vida, junto con la adherencia al TARV son significantes, con una p de 0.022, por lo que se concluye que la orientación sexual si se asocia con los estilos de vida y la adherencia al TARV.

Palabras clave: adherencia al tratamiento antirretroviral, orientación sexual, estilos de vida, pacientes que viven con VIH

ABSTRACT

In this research titled: "Lifestyles and sexual orientation in adherence to antiretroviral treatment in patients living with HIV from a public hospital in Trujillo." It's main objective is to determine whether sexual orientation and lifestyles are associated with adherence to antiretroviral treatment in patients living with HIV. Being a basic type research with a cross-correlational type research design. Including 3 variables: Sexual orientation, lifestyles and adherence to antiretroviral treatment, with a population of 875 patients living with HIV (PLH), obtaining a sample of 200 PLHIV, using a non-probability sampling for convenience, conducting surveys, through the questionnaires: FANTASTICO, SMAQ and PLHIV-Pro. Complying with established codes of ethics. Which had as a result that sexual orientation and lifestyle, together with adherence to ART, are significant, with a p of 0.022, which is why it is concluded that sexual orientation is associated with lifestyles and adherence to ARVT.

Keywords: adherence to antiretroviral treatment, sexual orientation, lifestyles, patients living with HIV

I. INTRODUCCIÓN

La epidemia ocasionada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo una dificultad en la Salud pública a nivel mundial, desde los años 80 donde se localizaron los casos primarios de VIH en los Estados Unidos, donde se estima que aproximadamente 70 millones de pacientes han sido infectados y 39 millones de pacientes han fallecido a causa de esta patología y sus complicaciones.¹ En la actualidad existen 37.6 millones de casos de pacientes que viven con VIH (PVV) a nivel mundial, de esta población, 1.5 millones fueron contagiados y 690 mil fallecieron por causa de esta hasta el 2020, según ONUSIDA.² En el Perú, desde el año 2000 hasta el 7 de Junio del 2021 se han registrado 118 214 PVV y SIDA.³ De los cuales 104 796, no se encuentran en estado SIDA. De estas solo 1 de cada 4 PVV saben que tienen esta infección.⁴ Durante el año 2019 se registraron 8647 casos nuevos entre VIH/SIDA, siendo este el año con mayor incidencia de VIH/SIDA, con un gran descenso de casos a 4329 en el año 2020 y actualmente en junio 2021 solo 916 casos debido a la falta de realización de pruebas diagnósticas por la pandemia del Covid-19.³ En el departamento de La Libertad, desde el año 2000 hasta la actualidad se han registrado 5137 casos de VIH.³

Actualmente existe un tratamiento antirretroviral (TARV) que sirve para poder vivir de manera similar a una persona sin VIH, como resultado de todos los movimientos internacionales, los cuales poco a poco han ido cubriendo de mejor manera los servicios. Solo el 68% de adultos y el 53% de los niños con VIH estaban recibiendo su TARV hasta el 2019.⁵ Los problemas en la adherencia al tratamiento ocasionan que los PVV no tengan una buena disminución de carga viral y de aumento de TCD4, las cuales van a depender de diferentes factores del paciente, el centro de salud y su medicamento.

Es importante que los PVV modifiquen sus estilos de vida para tener una buena adherencia al tratamiento, ya que el abuso del alcohol, drogas y tabaco, la presencia de depresión, una mala alimentación y la falta de ejercicio, son perjudiciales para la efectividad del tratamiento. Ahora, lo que este estudio planteó es ver si los estilos de vida que tienen los PVV se ven afectados por su orientación sexual. Por lo que fue importante abordar también en este estudio las diferencias

de estilos de vida, de manera general, entre las poblaciones según su orientación sexual, es decir cómo influyó ser heterosexual, homosexual o bisexual, en la adherencia al tratamiento de VIH.

En el estudio el problema de investigación fue: ¿La orientación sexual influye en el estilo de vida para la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH?

Este proyecto de investigación se basó en encontrar la relación que tiene la orientación sexual de cada PVV y sus estilos de vida, para la adherencia al TARV. Con el fin de poder hacer las recomendaciones adecuadas a cada paciente que está en TARV y así mejorar la adherencia a su tratamiento, evitando complicaciones en los PVV. Fue importante abordar este estudio ya que si los PVV tienen un estilo de vida desordenado y sin control puede predisponer a la falla de su TARV y el aumento de las transmisiones de VIH. También nos sirvió para esclarecer los términos y los estigmas que se tiene hacia las PVV y a la comunidad LGBT+. El interés científico de esta investigación fue para poder saber si existe una diferencia entre cada PVV en la adherencia al tratamiento, dependiendo de su orientación sexual.

La discriminación en la sociedad peruana/liberteña frente a la estigmatización del VIH en especial con las personas con una orientación sexual diferente a la mayoría, aún sigue estando presente, enlazar el termino VIH con una persona homosexual sigue siendo un estigma, por lo que la sociedad toma a las personas homosexuales como seres promiscuos, predisponiéndolos al maltrato y homofobia, deteriorando así la salud mental de los PVV y afectando su estilo de vida.

Las hipótesis que se plantearon en el estudio fueron: H1: La orientación sexual se asocia con en el estilo de vida para la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH. **H0:** La orientación sexual no se asocia con en el estilo de vida para la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH

El objetivo principal planteado fue: Determinar si la orientación sexual y los estilos de vida están asociados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH.

Se plantearon como objetivos secundarios: Identificar la orientación sexual en la población estudiada. Identificar el tipo de estilos de vida en la población estudiada. Identificar la adherencia al tratamiento en la población estudiada. Determinar la asociación entre orientación sexual y la adherencia al tratamiento antirretroviral. Determinar la asociación que existe entre estilos de vida y la adherencia al tratamiento antirretroviral. Determinar si cada orientación sexual está asociada con los estilos de vida y este, en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH. Determinar la asociación de adherencia al TARV con las variables intervinientes: edad, género, estado civil, pareja actual, , número de hijos, lugar donde vive, grado de instrucción, ocupación, tratamiento que recibe, lugar de diagnóstico, estado serológico (valor de cd4 y carga viral) y si hay mejoría de ellos, años desde el diagnóstico sin tratamiento, años viviendo con VIH, años tomando tratamiento, ruta de transmisión, relaciones sexuales los últimos 6 meses, uso de preservativo en las relaciones sexuales, comorbilidades, enfermedades oportunistas, enfermedades de transmisión sexual que haya tenido, reacciones adversas medicamentosas (RAM's), tratamiento abandonado por >30 días, tiempo abandonado de tratamiento, razón de dejar el tratamiento, consumo de drogas, conocimiento de familiares, conocimiento de amigos. Determinar la satisfacción de la encuesta

II. MARCO TEÓRICO

Existen estudios que analizan tanto estilos de vida, como orientación sexual en relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral, entre ellos:

Estudios ejecutados en Nepal, encontraron que la adherencia de la población en diciembre-2019 fue de 87.4%, donde el reloj de pulsera y los teléfonos móviles se vieron como un factor facilitador para la toma adecuada del tratamiento antirretroviral, la adherencia se asoció con el sexo femenino con un OR = 10.550 y CI: 1.854-60.046, familia nuclear con un OR de 4.877 y un CI: 1.246-19.079, no consumo de alcohol con OR = 5.842 y CI: 1.294- 26.383, VIH con más de 3 años (OR = 10.055 CI: 2.383-42.430).⁶

Se realizaron investigaciones en las cuales, analizaron un grupo de mujeres en Canadá, que incluyeron mujeres de minorías sexuales (MMS) que incluyeron a bisexuales con 58,9%, lesbianas con 17,8% y otras orientaciones sexuales con 23,3%.: n=180 y mujeres heterosexuales: n=1240. Las MMS se asociaron con mayores probabilidades de presentar no adherencia al tratamiento de VIH (80%), pero existe una adherencia de 85% entre las mujeres estudiadas, también presentaron más problemas interpersonales e intrapersonales en comparación de las mujeres heterosexuales, es decir las MMS experimentan disparidades, tanto sociales, como de la salud en comparación a las que tienen una identidad heterosexual.⁷

En México se hizo una investigación en la cual encontraron que según orientación sexual había un 52% de heterosexuales, 40% de homosexuales y un 8% de bisexuales. De los cuales los homosexuales tuvieron mejor adherencia que el resto de los 2 grupos. El artículo también incluye la influencia de su ocupación, escolaridad y estado civil. De la totalidad de participantes un 40% no tenían buena adherencia al tratamiento antirretroviral y un 60% si lo tenían. Quienes tienen mayor adherencia a diferencia de los otros grupos son las mujeres, homosexuales, participantes solteros y quienes tienen un grado superior de escolaridad.⁸

Otro grupo de investigadores también en México, Con una muestra de 62 PVV, tuvieron adherencia relacionada al bienestar físico de 83.9%, de los cuales 84% dijo que se sentía bien de manera física o mental y consumió sus medicamentos

todos los días según las instrucciones dadas por su médico. El 88.7% mencionó que no consumieron alcohol y drogas en la última semana ya que sabían que afectaba a su tratamiento y un 85.5% refirió que no ingirió alimentos que no eran recomendados por motivos especiales que están relacionadas con el tratamiento.⁹

Estudios realizados en Ecuador, el investigador encontró que existen 3 tipos de factores, entre ellos tenemos a: económicos, sociales y culturales. Los principales son que los usuarios deben realizar viajes largos y costosos para llegar al establecimiento, también se ve influenciada por la discriminación hacia las PVV que les dificulta la solicitud de permisos laborales y conseguir trabajo, junto con la discriminación relativa que existía por género, orientación sexual limita el acceso económico y dificulta la toma del tratamiento.¹⁰

A nivel nacional (en Perú) se realizó una investigación donde tuvieron en sus resultados a 180 PVV en total, donde la orientación sexual se adhiere al TARV, con una p de significancia de 0.03, de los cuales 51,6% se consideraron no heterosexuales, un 45% de los PVV tenían una carga viral < a 40 copias/ml, y solo el 42,3% era adherente al tratamiento. El 36.1% tenía hijos, y dentro del estudio se concluyó que este es un factor protector para la adherencia al tratamiento.¹¹

De igual manera a nivel nacional se determinaron los estilos de vida de los PVV en Lima, con una muestra de 80 PVV, donde se presentó asociación entre los estilos de vida con la adherencia al TARV con una $p=0.02$, en el estudio el 58.75% tenían entre 18-34 años, el 83.75% eran varones, el 42.5% heterosexuales, el 63.7% refirió no usar preservativos en relaciones sexuales, con regular estilo de vida en el 23.5%, mal estilo de vida en un 65.3% y 11.2% con buen estilo de vida, el cual se asoció a mala adherencia al TARV en un 65.8% de la muestra.³⁷

Julca R. y Robles L, en su estudio realizado en Lambayeque mencionan que el 76.3% tienen un buen estilo de vida, en una muestra de 125 PVV, de los cuales el 13.7% tuvieron un mal estilo de vida y el 10% un regular estilo de vida. Y la adherencia al TARV fue de 30%. Sus valores estadísticos evidencian que hay asociación entre los estilos de vida y la adherencia al TARV, con una p de significancia de 0.00, en donde concluye que un mal estilo de vida se asocia a una mala adherencia al tratamiento.³⁸

La adherencia al tratamiento de VIH es la capacidad del PVV de estar implicado de una forma correcta tanto en la elección, el inicio y el control del TARV, el cual le

permita mantenerse cumpliendo de manera rigurosa y tener el objetivo de conseguir una supresión de carga viral.¹⁷ También, la adherencia al tratamiento es cuando el comportamiento de un PVV, está relacionada con la ingesta de los antirretrovirales, el control de alimentación o cambio de hábitos de vida, tomando en cuenta las recomendaciones que brinda el personal sanitario. La adherencia incorrecta no se considera tan solo con un porcentaje, sino que se determina a partir de dosis en la que un PVV no toma el medicamento.¹⁸

Existen adherencias a corto, medio y largo plazo; estas son las consecuencias de una sucesión que se desenvuelve a través de distintos periodos, como son: asumir su diagnóstico, captar al PVV para el consumo adecuado de medicamentos, estímulo para consumir medicamentos, las ganas y el reforzamiento de habilidades para ejecutarlo, competencia para pasar los problemas que aparezcan y sostener lo que se ha logrado.¹⁹ Para poder entender la importancia de la adherencia al tratamiento, es fundamental saber las nociones básicas del VIH. ¹⁸

El VIH afecta la inmunidad y de esta manera decaen las defensas que presentamos contra muchas afecciones. Mientras que el virus va deshaciendo a las células de la inmunidad e impidiendo el normal y correcto funcionamiento del sistema inmune, la persona que es afectada va decreciendo gradualmente hasta llegar a una posición de inmunodeficiencia, esta acción inmunitaria se observa con un conteo de los linfocitos CD4.¹² Mientras más estado de inmunosupresión tenga un paciente, mucho más difícil será poder llegar a un estado indetectable y por ende tener una mala adherencia al tratamiento.¹⁹

La sintomatología del VIH dependerá del estado en que esté el PVV, según la clasificación actual de los centros de control y prevención de enfermedades (CDC), ya sea tanto para adolescentes como para adultos que viven con VIH, posiciona a las personas según las patologías que guardan relación con la infección por VIH y también el conteo de CD4+ que se tengan.¹² Cuando un paciente recibe tratamiento, estos parámetros son importantes para saber si es que el tratamiento que está recibiendo, es adecuado.¹⁶

La carga viral se refiere a las copias del virus que pueden detectarse en cada ml, cuando se detectan menos de 50 significa que es una PVV indetectable. Los

linfocitos TCD4 tienen valores normales de 600-1500xmm³. El cociente CD4 y CD8, que es la división de estas células en donde los CD4 tiene que ser el doble, en una PVV el cociente se invierte.¹⁶

Cuando se tiene el caso confirmado, este se puede clasificar en 5 etapas (0, 1, 2, 3 o desconocido); en el caso de que al momento de hacerse una prueba salga positivo y en una prueba anterior a 6 meses haya sido negativa, la etapa en que se encuentra es de 0 y así se mantiene hasta 6 meses después del diagnóstico, mayormente. Sin embargo, el otro extremo es la fase SIDA o enfermedad avanzada que se coloca en la etapa 3 en el caso se diagnostiquen más enfermedades oportunistas,¹¹ de los cuales los más comunes son: candidiasis en los bronquios, tráquea, esófago y pulmones, cáncer de cuello uterino, Coccidioidomicosis, Criptococosis, Enfermedades por el citomegalovirus, herpes, histoplasmosis, sarcoma de Kaposi, TB, neumonía.¹² Si durante el tratamiento el paciente presenta una de estas clínicas y/o se presenta empeoramiento de estas, avanzando en etapas, este también es un indicador que el tratamiento no está siendo adherente.¹⁸

Sin embargo, otra forma de clasificarlo es la que se halla por los resultados del conteo de CD4 y por criterios de inmunología, que incluye a la etapa 1, 2 y 3. Donde se evalúa la edad los linfocitos TCD4 (ya sea <1 año, de 1-5 años y >5 años hasta la edad adulta) y el porcentaje y número de células por microlitro; en la cual mayor igual a 500 cel/ul o mayor igual de 26% te encuentras en etapa 1, si se encuentra entre 200-499 cel/ul o 14-25% es etapa 2 y finalmente cuando tienes menos de 200 cel /ul o <14%. Estos criterios se establecieron con fines únicamente de vigilancia al PVV.¹³ De igual manera como la clasificación clínica, si el paciente no se encuentra en alguna de estas etapas o presenta empeoramiento, aun recibiendo el tratamiento, significa que el tratamiento no está siendo efectivo, por eso es necesario medir los niveles serológicos.¹⁹

El agente causante del SIDA es el VIH, y este se encuentra en la familia Retroviridae y subfamilia de lentivirus. Existen 2 grupos de retrovirus humanos: los de tropismo para linfocitos T humanos (Human T cell lymphotropic virus) I y II que son virus transformadores y por otro lado los virus de inmunodeficiencia humana: VIH-1 y VIH-2, los cuales tienen efectos citopáticos de manera directa o indirecta. El VIH-1 del grupo M es la causa más frecuente y presenta una heterogeneidad

molecular con diferentes serotipos; este VIH-1 probablemente provenga de los chimpancés o gorilas, a diferencia del VIH-2 que provienen de los mangabeys.¹³

El VIH tiene una estructura icosaédrica que se puede observar a través del microscopio electrónico, este presenta diferentes alargamientos externos compuestos por proteínas principales en la cubierta, la gp120 externa y la gp41 transmembrana. El virus después de infectar a la célula incorpora diferentes proteínas del infectado en su bicapa lipídica.¹³

Cuando una persona ingresa al estadio de SIDA, significa que la falla inmunológica es muy grave, por lo tanto, cualquier infección puede causar problemas muy graves en su organismo, son infecciones oportunistas que normalmente no ocurren en una persona que su sistema inmunológico se encuentre normal. Por lo tanto, una persona que no recibe tratamiento y está infectada con VIH, tiene un tiempo de sobrevivencia que va entre 9-11 años y va a depender del tipo de subtipo de VIH con el cual se halla infectado. Algunos causan infecciones asintomáticas y las personas pueden vivir muchos años con ella.¹⁴ Si un paciente que es recientemente diagnosticado y se encuentra en estadio SIDA, al recibir el tratamiento será mucho más difícil poder llegar a un estadio indetectable, por lo que afecta a la adherencia al tratamiento.²⁰

La transmisión del VIH se da porque se encuentra en los fluidos corporales: sangre, semen, líquido vaginal, líquido pre seminal y también en la leche materna. Entra a nuestro organismo de 3 maneras: teniendo relaciones sexuales sin protección (sea vaginal, anal y oral), al compartir jeringas, agujas o elementos punzocortantes; también son infectados durante el embarazo, el parto o durante el proceso de alimentación por lactancia materna. Hay que tener en cuenta que, si hay presencia de heridas o de ITS el riesgo de VIH también aumenta. No es transmisible mediante abrazos, besos, o al compartir vasos, cubiertos o al usar ropa de otra persona, tampoco al estar en la misma cama, el baño, en los deportes de contacto físico, los mosquitos no lo transmiten, tampoco se transmite por el sudor o lágrimas de las personas infectadas. Y al utilizar de manera correcta el preservativo, los riesgos de transmisión son muy bajos, en general las personas que viven con VIH pueden tener o mantenerse asintomáticos por tiempo muy prolongados, hasta 10 años.¹³

Generalmente entre la 2da y la 4ta semana desde la 1era infección por VIH, los pacientes pueden tener síntomas similares a una gripe, como dolor de cabeza, malestar general, inclusive un poco de fiebre. Mientras dure esta etapa existirá bastante concentración de virus en el cuerpo, por consiguiente, es más factible la transmisión. Una vez que se retiran los síntomas, los pacientes suelen permanecer asintomáticas por muchos años, pero así se encuentre asintomático o tenga síntomas, se puede contagiar a otras personas.¹³

El Diagnóstico de VIH es muy fácil, si se ha tenido una conducta de riesgo o relaciones sexuales sin protección, la única manera para hacer el diagnóstico es realizándose una prueba de sangre. En Perú existen diferentes programas para lograr un acceso a los pacientes para la realización, donde promueven campañas para descartar el VIH, mediante pruebas rápidas. Las pruebas rápidas duran 8 minutos y se realiza de una manera muy fácil y veloz. Si la prueba rápida es reactiva, se le tiene que realizar una prueba de 3ra o 4ta generación para confirmar el diagnóstico, si se confirma se reporta como reactivo y se empieza el tratamiento en menos de una semana, si no se confirma esta segunda prueba, es un resultado discordante y se realiza una última confirmatoria con el Western Blot (WB), Inmunofluorescencia indirecta (IFI), o carga viral, de acuerdo a biodisponibilidad, si sale no reactivo se evalúa en 6 meses y si sale reactivo se empieza con tratamiento antirretroviral. En el caso que en la primera prueba rápida salga no reactiva, ya no se realiza otra prueba y se le recomienda realizarse otra prueba en 6 meses.¹⁵ Mientras más tarde es el diagnóstico, más complicado es que el tratamiento sea adherente al paciente.¹⁹

El resultado de las pruebas del VIH siempre es confidencial y no se pueden estar compartiendo con todo el mundo, la única persona que puede decir su estado serológico y autorizar a compartir la información de sus resultados, es la misma persona a la cual le realizaron la prueba.¹⁵

El tratamiento antirretroviral va a depender de cada paciente según el estadio en que se encuentran y esto lo evalúa el infectólogo, es importante para que el PVV pueda tener una vida similar a una persona sin VIH, el tratamiento va a disminuir la cantidad de la carga viral, reconstruir y conservar el sistema inmunitario para que el paciente se proteja de las enfermedades oportunistas, ya que un paciente sin

tratamiento tiene un pronóstico muy oscuro, reducir la transmisión, evitar el desarrollo de virus resistentes, siempre debe darse el mejor y no interrumpirse ya que pueden hacer resistencia al tratamiento. La OPS tiene objetivos como la regla de 90, que significa que el 90% de PVV, sean diagnosticados; de estos, el 90% reciba tratamiento y el 90% de estos tenga una carga viral menor de 50copias/ml. Esta regla fue creada para poder mejorar la adherencia y disminuir las infecciones de VIH.¹⁵

El tratamiento actualizado en Perú, que se estipula en la Resolución ministerial del 2020,¹⁵ menciona que ahora el tratamiento de primera línea para VIH es: Tenofovir 300mg, Lamivudina 300mg y Dolutegravir 50mg, 1 tableta en dosis fija combinada (DFC) idealmente, cada 24 horas. Si los medicamentos del esquema de primera están contraindicados en los PVV, ya sea por cualquier grado de insuficiencia renal (IR) o presentan efectos adversos a los medicamentos, el esquema alternativo es: Tenofovir 300mg, Lamivudina 300mg y Efavirenz 400mg o en todo caso: Tenofovir 300mg, Emtricitabina 200mg y Efavirenz 600mg, de igual manera 1 tableta DFC, cada 24hrs.¹⁶ Los antirretrovirales son medicamentos que detienen o alteran la reproducción del virus, lo que hace que disminuya la carga viral y aumente el sistema inmunológico.¹⁷

Durante la pandemia por el aislamiento social obligatorio, en Perú, los controles empezaron a ser de manera virtual, ya que es considerada dentro de la lista de intervenciones de salud prioritarias.²⁰ En un estudio realizado en Wisconsin,²¹ se halló una disminución significativa en la confianza del individuo para asistir a su próxima cita de control. Debido a COVID-19, algunos proveedores han retrasado las citas médicas no urgentes y / o proporcionó opciones de citas virtuales. No se pudo determinar si la confianza del individuo para asistir a una telemedicina la cita puede diferirse.²¹

La adherencia al tratamiento se ve afectada por múltiples factores como el estilo de vida de un PVV y esta va a ser influida por sus comportamientos y del entorno social, algunos autores y la sociedad catalogan que hay diferencias según su estado civil, grado de instrucción, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, según su orientación sexual.¹⁹

La orientación sexual es la sensación de interés física y/o emocional relativa a mujeres, hombres, ambos o ninguno. Las personas que tienen un gusto hacia personas de diferente género son llamadas “heterosexuales”, las personas que sienten un gusto a otras del mismo género son llamadas “homosexuales”, además, las personas que tienen un gusto ya sea por un varón o una mujer son llamadas “bisexuales”, y las que no tienen atracción sexual hacia nadie son llamadas “asexuales”. A algunas personas no les gusta utilizar etiquetas y eso está bien, existe un gran espectro diverso para seguir describiendo a los seres humanos. Sin embargo, los más aceptados por la sociedad y referencias son: heterosexual, homosexual, bisexual y asexual.²²

Las orientaciones sexuales de los hombres y de las mujeres difieren un poco, es más probable que una mujer tenga una orientación sexual bisexual que exclusivamente hacia el mismo sexo, sin embargo, en los hombres es lo contrario, ya que el varón tiende a tener un patrón de excitación antes los estímulos eróticos femeninos versus masculinos. Las mujeres aparentemente están más propensas a tener experiencias por personas del mismo sexo que los varones. En diferentes culturas se observan que la mayoría de personas NO heterosexuales han tenido disconformidades con su género en la infancia (en algunos suele persistir en la edad adulta), así como algunos lo descubren a lo largo de su crecimiento y desarrollo social.²²

Se piensa que la orientación sexual depende del aspecto genético y del aspecto social, no hay muchas teorías aceptadas hasta el momento, sin embargo, se plantea que ambas están íntimamente relacionadas, la orientación sexual es un tema importante en la sociedad actual, sin embargo, no se habla ni se brinda información sobre esta, ya que la represión del comportamiento homosexual le da una enorme carga de peso a la persona que lo es y no le permite expandirse en todas sus actitudes.²²

A lo largo de los años, los derechos de las lesbianas, gay y bisexuales ha ido mejorando (en los últimos 50 años), por ejemplo, en el año 2015 en estados unidos se permitió la unión civil entre personas homosexuales, este cambio había sido fuera de lo común alrededor del año 1965 donde se consideraba a la homosexualidad como un delito y se creía que era una enfermedad.²³

En general existe en el mundo mayor población completamente heterosexual, luego completamente homosexual, después bisexual y al último, asexuales. Es decir, existen más heterosexuales.²³

La orientación sexual tiene 4 fenómenos relacionados que son: comportamiento sexual (interacciones sexuales), identidad sexual (autoconcepción del sexo que tienen), grado de atracción sexual y excitación fisiológica. Si una persona se siente atraída hacia un hombre es considerada una andrófila, ahora si la atracción es hacia una mujer es considerada ginefílica; por ejemplo, un hombre homosexual y una mujer heterosexual son andrófilos, por otro lado, una mujer homosexual y un varón heterosexual son ginefílicos. Sin embargo, no solo el hecho de tener atracción por alguien de tu mismo género significa ser homosexual, muchos adolescentes al ir creciendo experimentan relaciones sexuales homosexuales, sin embargo, después se catalogan como heterosexuales, decisión que se ve influenciada si el entorno es segregado, como por ejemplo en internados, prisiones y el ejército, donde solo hay la presencia de un solo género. Cabe recalcar que existen personas que mantienen relaciones sexuales homosexuales, sin embargo, por la sociedad donde viven, no pueden expresarse de manera adecuada.²³

La orientación sexual de cada persona influye en sus estilos de vida y su círculo social, en la forma como guarda relación con personas y los métodos para hacerlo. La mayoría de las personas homosexuales y bisexuales son estigmatizadas con la presencia de VIH en sus vidas, estadísticamente hablando en la población LGB, el VIH tiene cifras elevadas en comparación con heterosexuales, por lo que son más propensos a la estigmatización y discriminación. El ser una PVV y tener estilos de vidas diferenciados afecta a la adherencia al tratamiento antirretroviral.²⁴

Los estilos de vida son todas las conductas, actitudes que adquieren para desenvolverse de forma particular o grupal y así saciar sus comportamientos como personas y alcanzar el desarrollo humano.²⁵

El estilo de vida que uno adquiere tiene consecuencias en la salud, ya sea a nivel físico como psíquico. Un estilo de vida saludable siempre refleja de manera positiva en la salud, y estos comprenden hábitos como la realización de actividad física, alimentación saludable y correcta, invertir de mejor manera el tiempo libre, acciones

de comunicación, mejora la autoestima, etc. En otro lado, un estilo de vida no saludable ocasiona diferentes patologías o empeora patologías, como por ejemplo la obesidad y el estrés, y este comprende hábitos como el sedentarismo, tabaquismo, exposición a contaminantes y sustancias tóxicas como alcohol y drogas, entre otras.²⁵

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación:

TIPO: Básica

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: Transversal correlacional. ²⁶

3.2. Variables y operacionalización (*Anexo 1*)

VARIABLES:

VARIABLE 1: orientación sexual

VARIABLE 2: estilos de vida

VARIABLE 3: adherencia al tratamiento antirretroviral

OPERACIONALIZACIÓN:

Matriz en anexo 1

2.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis:

El lugar donde se desarrolló la investigación fue en el Hospital Belén de Trujillo, el cual tiene un departamento de Infectología en donde a diario pasan control los PVV (De lunes a viernes de 8:00am a 10:00 am), el departamento de Infectología queda ubicado en el 3er piso de la torre C.

Tienen a 2 médicos asistentes en Infectología, 2 residentes de Infectología, 1 obstetra, 3 enfermeras, 1 químico farmacéuta, 1 técnico de laboratorio, 1 técnica de enfermería y 1 secretaria. Los cuales trabajamos de la mano para una mejor obtención de resultados en la investigación, teniendo un ambiente laboral cálido y respetuoso, el cual está liderado por el médico asistente Dr. Fernández, que es el jefe de departamento.

Los PVV fueron muy colaboradores a la hora de realizar la recolección de datos facilitando así, la obtención de resultados, así mismo la logística del Hospital, nos ayudó a tener más accesibilidad con los PVV, para así entablar mejor conversación durante sus controles.

- **POBLACIÓN:**

Estuvo integrada por todos los PVV que se atienden en el Hospital Belén de Trujillo (HBT), los cuales ascendieron a 875 pacientes activos con infección de VIH hasta el mes de octubre.

Criterios de Inclusión:

- ✓ PVV que se atendieron en el HBT, fue para delimitar la población y muestra
- ✓ PVV que estuvieron en tratamiento antirretroviral por lo menos 1 mes, debido a que en ese tiempo se considera que el tratamiento es adherente, debido a la evaluación mensual que reciben.
- ✓ PVV que firmaron el consentimiento informado para el estudio

Criterios de exclusión:

- ✓ PVV que se encuentran con complicaciones en estadio SIDA, debido a que ellos no tienen una buena adherencia al tratamiento.
- ✓ PVV que estuvieron en tratamiento antirretroviral menos de 1 mes, debido a que no se podía evaluar la adherencia al tratamiento en menos de 1 mes.
- ✓ PVV diagnosticados, pero que no recibían tratamiento antirretroviral, debido a que no se puede evaluar la adherencia al tratamiento, sino lo reciben.
- ✓ PVV que no estuvieron de acuerdo con el estudio o que no firmen el consentimiento informado.

Criterios de retirada:

- ✓ Se retiró del estudio a los PVV que no culminaron el desarrollo de los instrumentos de evaluación.
- ✓ La información que no fue válida o no tuvo coherencia.
- ✓ Los sujetos que no culminaron la encuesta no fueron reemplazados, se continuó recolectando información con otros nuevos PVV
- ✓ No se hizo seguimiento a quienes fueron retirados del proyecto

En total hubieron 209 PVV incluidos en el estudio

En total hubieron 36 PVV excluidos del estudio

En total hubieron 9 PVV retirados del estudio

- **MUESTRA:**

El tamaño de muestra fue de 200 participantes entrevistados en el HBT, debido a que se presenta un muestreo probabilístico por conveniencia, ya que, al momento de la realización del proyecto, se presenta la limitación de la pandemia y no había muchos pacientes.

- **MUESTREO:** No Probabilístico por conveniencia

Se utilizó el muestreo NO PROBABILÍSTICO POR CONVENIENCIA, que es una técnica donde se selecciona muestras basadas en un juicio subjetivo en lugar de hacerlo al azar,²⁷ debido a consideraciones de tiempo y por pandemia covid-19, por lo que limita el acceso a los PVV.

- ✓ UNIDAD DE ANÁLISIS: Cada PVV que esté recibiendo tratamiento antirretroviral en el HBT
- ✓ UNIDAD DE MUESTREO: Los PVV que recibieron tratamiento antirretroviral en el HBT

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.1.1. TÉCNICA:

Se aplicó la técnica de la **encuesta**, debido a que en esta se utiliza una serie de pasos que han sido estandarizados, de manera amplia como un medio de información, debido a que nos permite obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz. Para de esta manera conseguir y promover información de interés a nivel sociológico a través de la interrogación a los miembros que pertenecen a la sociedad.²⁸

3.1.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó el cuestionario, que es un grupo de preguntas que generalmente es de diferentes tipos, que es preparado sistemática y

cuidadosamente, en los aspectos que se interesan de una investigación. ²⁹

El cuestionario (*anexo 2*) incluyó:

1) En la página N°1 el consentimiento informado (*anexo 3*)

2) Test para estilos de vida: cuestionario FANTASTICO que cuenta de 30 ítems, que contienen 10 categorías: a la familia y amigos, actividad física, nutrición, consumo de tabaco, alcohol, sueño y estrés, tipo de personalidad, introspección, conducción al trabajo y otras actividades; y superaron el estándar de fiabilidad que se propuso (α de Cronbach) mayor a 0.73. ^{30,31}

3) Test para la adherencia al tratamiento antirretroviral: Se utilizó la escala de adherencia a la medicación de Morisky, que consta de 6 items, este test también se denomina The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) fue validada y desarrollada por una amplia cohorte de pacientes españoles; presentó un α de Cronbach de 0.81. ^{32, 33} También se utilizó la escala de PLHIV-Pro, que en un estudio realizado en Perú fue validada por expertos en la salud especialistas en VIH (2 enfermeras y 2 médicos) que incluye 31 items, los cuales abarcan variables sociodemográficas y de la clínica asociada al VIH; que incluye al ítem de **orientación sexual**.¹¹

(El cuestionario se puede observar en anexo 2)

La validez del instrumento FANTÁSTICO se determinó mediante el método ITEM-TEST (*Anexo 4*) y la confiabilidad se determinó mediante el método de las mitades (*Anexo 5*) en 50 PVV del HBT, apenas se aprobó el proyecto. (*Anexo 6*)

2.5. Procedimientos:

Después de ser aprobado el proyecto, se solicitaron los permisos para acceder a la información de los pacientes pertenecientes a TARV, de manera profesional y confidencial al director del HBT y el jefe del servicio de medicina de enfermedades infecciosas y tropicales del HBT, mediante el departamento de Investigaciones y docencia del HBT. El servicio de medicina de enfermedades infecciosas y tropicales del HBT reevaluó el proyecto para saber si estaba apto

y cumplía los requisitos que el servicio solicitaba. Al aprobar el proyecto, proceso que duró 1 mes, se comenzó a realizar la encuesta a los pacientes, los cuales fueron captados mientras esperaban su turno para ser atendidos, en la encuesta (*Anexo 2*) estaba el consentimiento informado, el cual fue firmado por todos los participantes, hubieron 8 que se negaron a participar del proyecto y 9 que fueron excluidos del proyecto, debido que no culminaron la encuesta. Los pacientes llenaban la hoja de recolección de datos según ingresaban a su turno por orden de llegada, de esa manera cada encuesta fue marcada según el orden de los pacientes, para a la hora de solicitar los datos, sea según la numeración de las hojas y así velar por la confidencialidad de los pacientes. Al solicitarle la participación en la encuesta, se le llevaba al PVV a una zona aislada para informarle de que trataba la investigación para que pueda firmar el consentimiento informado (*ver anexo 3 para el formato de consentimiento informado*), donde tuvo la opción “acepto” o “no acepto”. Luego, con todos los datos recolectados se confeccionó una base de datos en un software estadístico. Hubo un seguimiento semanal del proyecto, para poder ver el avance del mismo y de la adecuada recolección de datos. Después de sustentado el desarrollo de tesis, la información recolectada será eliminada

2.6. Método de análisis de datos

La información recolectada de los instrumentos fue procesada en un programa de tabulación, se realizó el control de calidad de los datos, y posteriormente se realizaron gráficos y tablas para describir las frecuencias y porcentajes correspondientes. Posteriormente se utilizó la estadística inferencial según la naturaleza de las variables, debido a que son cualitativas se determinó la asociación mediante chi cuadrado. Y finalmente para establecer el grado de correlación se aplicó la regresión lineal

2.7. Aspectos éticos

En primer lugar, el proyecto fue enviado al comité de ética de la UCV para su aprobación. Donde se respetaron los principios de ética en la investigación, que se establecieron en la declaración de Helsinki,³⁴ donde la información fue utilizada con la única finalidad de estudios, respetándose así la autenticidad de

los datos. Conforme con el artículo 14 del Código de Ética de la Investigación de la UCV, aprobado con la resolución del Consejo Universitario N° 0126-2017/UCV del 23 de mayo de 2017, los encuestados fueron conscientes y estuvieron de acuerdo con la realización de la encuesta en ellos. Esta investigación cumplió con los principios universales de la bioética:

- Beneficencia, la cual sirvió para comparar estadísticas en las tres poblaciones de orientación sexual y ver la eficacia del tratamiento antirretroviral, el cual al final ayudó a ver la diferencia en ambas poblaciones y poder mejorar los estilos de vida incorrectos. Fue mayor el beneficio que el riesgo en esta investigación.
- No maleficencia, debido a que no se buscó hacer ningún daño a los PVV encuestados y todo se planteó en la metodología
- Autonomía, debido a que se consideró y sigue considerando a toda nuestra población encuestada con dignidad, sin objeto de intercambio y con un buen trato a la extracción de datos.
- Justicia, debido a que todos los PVV que fueron encuestados tienen la misma dignidad, por ende, tienen derecho a ser respetados y considerados igual a todos. No hubo diferencia socioeconómica entre los PVV, Se tuvo una utilidad social, que fue y sigue siendo mejorar la adherencia al tratamiento.
- Vulnerabilidad, Los PVV forman parte de una población vulnerable, por lo que en todo el proceso de recolección se les respetó y entendió, por la cual se protegió su vulnerabilidad.

Con el Código de Ética de la Investigación de la UCV.

Los encuestados no recibieron dinero a cambio de brindar la información requerida.

Terminado el desarrollo y la sustentación del proyecto de tesis, la data recolectada de los PVV será eliminada.

IV. RESULTADOS:

Los siguientes resultados, fueron obtenidos de la encuesta realizada en este estudio, en la población de pacientes que viven con VIH del Hospital Belén de Trujillo.

TABLA 1. Asociación entre estilos de vida, adherencia al tratamiento y orientación sexual

ORIENTACIÓN SEXUAL			ADHERENCIA		Total	Valor p
			adherente	no adherente		
Orientación sexual total	ESTILO DE VIDA	bueno	55	54	109	0.022
			65.5%	46.6%	54.5%	
	malo	11	29	40		
		13.1%	25.0%	20.0%		
	regular	18	33	51		
		21.4%	28.4%	25.5%		
Total		84	116	200		
		100.0%	100.0%	100.0%		

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La orientación sexual y el estilo de vida, junto con la adherencia al TARV son significantes, con una **p de 0.022**, por lo que la orientación sexual si se asocia con los estilos de vida y la adherencia al TARV.

TABLA 2. Identificación de Orientación sexual.

ORIENTACIÓN SEXUAL		Frecuencia	Porcentaje
Válido	bi	76	38.0
	hetero	48	24.0
	homo	76	38.0
	Total	200	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La tabla arroja un resultado en el que el 38% de la muestra estudiada del Hospital Belén de Trujillo se considera bisexual, el 24% se considera heterosexual y el otro 38% se considera homosexual.

TABLA 3. Estilos de vida

Adherencia al TARV		Frecuencia	Porcentaje
Válido	bueno	109	54.5
	malo	40	20.0
	regular	51	25.5
	Total	200	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La tabla arroja un resultado en el que el 54.5% de la muestra estudiada del Hospital Belén de Trujillo tiene un buen estilo de vida, el 20% tiene un mal estilo de vida, el 25.5% tiene un regular estilo de vida,

TABLA 4. Adherencia al tratamiento

ADHERENCIA AL TARV		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Adherente	84	42.0
	No adherente	116	58.0
	Total	200	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La tabla arroja un resultado en el que el 42% de la muestra estudiada del Hospital Belén de Trujillo es adherente a su TARV, por otro lado, el 58% no es adherente a su TARV.

TABLA 5. Asociación entre Orientación sexual y adherencia al TARV

O/A		ADHERENCIA		Total	Valor p
		adherente	no adherente		
ORIENTACIÓN SEXUAL	bi	16	60	76	0.00
		19.0%	51.7%	38.0%	
	hetero	16	32	48	
		19.0%	27.6%	24.0%	
	homo	52	24	76	
		61.9%	20.7%	38.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La orientación sexual y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que la orientación sexual si se asocia con la adherencia al TARV. Los PVV adherentes al TARV en su mayoría son homosexuales (61.9%), luego están los bisexuales (19%) y heterosexuales (19%). Los PVV no adherentes al TARV en su mayoría son bisexuales (61.9%), luego están los heterosexuales (27.6%) y homosexuales (20.7%). Hay más porcentaje de adherencia (61.9%) en PVV homosexuales vs los que no tienen adherencia (20.7%). Y hay más porcentaje de no adherencia (51.7%) en PVV bisexuales vs los que tienen adherencia (19%).

TABLA 6. Asociación entre estilos de vida y adherencia al TARV.

E/A		ADHERENCIA		Total	Valor p
		adherente	no adherente		
ESTILO DE VIDA	bueno	55	54	109	0.022
		65.5%	46.6%	54.5%	
	malo	11	29	40	
		13.1%	25.0%	20.0%	
	regular	18	33	51	
		21.4%	28.4%	25.5%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Los estilos de vida y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.022**, por lo que los estilos de vida, si se asocian con la adherencia al TARV. De los PVV adherentes al TARV, el 65.5% tiene un buen estilo de vida, el 21.4% tiene un regular estilo de vida y el 13.1% restante tiene un mal estilo de vida. De los PVV no adherentes al TARV, el 46.6% tiene un buen estilo de vida, el 28.4% tiene un regular estilo de vida y el 25% restante tiene un mal estilo de vida. Hay más porcentaje de adherencia (65.5%) en PVV con buen estilo de vida vs los que no tienen adherencia (46.6%). Y hay más porcentaje de no adherencia (25%) en PVV con mal estilo de vida vs los que tienen adherencia (13.1%)

TABLA 7. Asociación entre estilos de vida, adherencia al tratamiento y Cada orientación sexual

ORIENTACIÓN SEXUAL			ADHERENCIA		Total	Valor p
			adherente	no adherente		
bi	ESTILO DE VIDA	bueno	16	18	34	0.000
			100.0%	30.0%	44.7%	
		malo	0	21	21	
	0.0%		35.0%	27.6%		
	regular	0	21	21		
		0.0%	35.0%	27.6%		
Total		16	60	76		
		100.0%	100.0%	100.0%		
hetero	ESTILO DE VIDA	bueno	16	24	40	0.028
			100.0%	75.0%	83.3%	
		regular	0	8	8	
	0.0%		25.0%	16.7%		
	Total		16	32	48	
		100.0%	100.0%	100.0%		
homo	ESTILO DE VIDA	bueno	23	12	35	0.232
			44.2%	50.0%	46.1%	
		malo	11	8	19	
	21.2%		33.3%	25.0%		
	regular	18	4	22		
		34.6%	16.7%	28.9%		
Total		52	24	76		
		100.0%	100.0%	100.0%		
Total	Total		84	116	200	0.022
			100.0%	100.0%	100.0%	

Interpretación:

En la orientación sexual Bisexual, los estilos de vida y adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que la bisexualidad si se asocia con los estilos de vida y la adherencia al TARV. En la orientación sexual Heterosexual, los estilos de vida y adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.028**, por lo que la heterosexualidad si se asocia con los estilos de vida y la adherencia al TARV. En la orientación sexual Homosexual, los estilos de vida y adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.232**, por lo que la homosexualidad no se asocia con los estilos de vida y la adherencia al TARV. El 100% de Bisexuales adherentes al TARV tienen un buen estilo de vida. El 30% de Bisexuales no adherentes al TARV tienen un buen estilo de vida, el 35% regular y el otro 35% un mal estilo de vida. El 100% de Heterosexuales adherentes al TARV tienen un buen estilo de vida. El 75% de Heterosexuales no adherentes al TARV tienen un buen estilo de vida y el 25% restante tiene un estilo de vida regular. El 66% de homosexuales adherentes al TARV tienen un buen estilo de vida, el 21% tienen un estilo de vida regular y el 13% restante tiene un mal estilo de vida. El 47% de homosexuales no adherentes al TARV tienen un buen estilo de vida, el 29% tienen un estilo de vida regular y el 25% restante tiene un mal estilo de vida. Hay más porcentaje de adherencia (100%) en PVV bisexuales con buen estilo de vida vs los que no tienen adherencia (30%). Y hay mas porcentaje de no adherencia (35%) en PVV bisexuales con mal y regular estilo de vida vs los que tienen adherencia (0%). Hay más porcentaje de adherencia (100%) en PVV heterosexuales con buen estilo de vida vs los que no tienen adherencia (75%). Y hay más porcentaje de no adherencia (25%) en PVV bisexuales con regular estilo de vida vs los que tienen adherencia (0%)

TABLA 8. Asociación entre edad y adherencia al TARV.

Edad/A		ADHERENCIA		Total	Valor p
		adherente	no adherente		
EDAD	>46	12	12	24	0.058
		14.3%	10.3%	12.0%	
	15-30	32	64	96	
		38.1%	55.2%	48.0%	
	31-45	40	40	80	
		47.6%	34.5%	40.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La edad y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.058**, por lo que la edad en la muestra de estudio, no se asocian con la adherencia al TARV. En este estudio no se hallaron PVV <15 años. El 48% de los PVV en este estudio, tienen entre 15-30 años; el 40% entre 31-45 años, 12% son >45 años y 0% <15 años.

TABLA 9. Asociación entre género y adherencia al TARV.

Género/A		ADHERENCIA		Total	Valor p
		adherente	no adherente		
GÉNERO	mujer cis	18	27	45	0.729
		21.4%	23.3%	22.5%	
	mujer trans	1	4	5	
		1.2%	3.4%	2.5%	
	no binario	1	2	3	
		1.2%	1.7%	1.5%	
	varón cis	64	83	147	
		76.2%	71.6%	73.5%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El género y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.729**, por lo que el género en la muestra de estudio, no se asocian con la adherencia al TARV. En este estudio no se hallaron PVV varones transgénero. El 73.5% de los PVV en este estudio, son varones cisgénero; el 22.5% son mujeres cisgénero, el 2.5% mujeres transgénero, el 1.5% son personas nos binarias y no hubo varones transgénero.

TABLA 10. Asociación entre estado civil y adherencia al TARV.

EC/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
EST.CIVIL	casado	4	0	4	0.00
		4.8%	0.0%	2.0%	
	conviviente	20	0	20	
		23.8%	0.0%	10.0%	
	divorciado	0	12	12	
		0.0%	10.3%	6.0%	
soltero	60	104	164		
	71.4%	89.7%	82.0%		
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El estado civil y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que el estado civil en la muestra de estudio, si se asocia con la adherencia al TARV. El 82% de los PVV en este estudio, son solteros; el 10% son convivientes, el 6% divorciados, el 2% son casados y no hubo viudos. El 71.4% de PVV adherentes al TARV son solteros, el 23.8% son convivientes, y el 4% están casados. El 89.7% de PVV no adherentes al TARV son solteros y el 10.3% están divorciados. Estar casado te hace más adherente con una 4.8% vs 0% de no adherentes. Estar de conviviente te hace más adherente con una 23.8% vs 0% de no adherentes. Estar divorciado te hace menos adherente con un 10.3% vs un 0% adherente. Estar soltero te hace menos adherente con un 89.7% vs un 71.4% adherente. Hay más porcentaje de adherencia (28.6%) en PVV que tienen una pareja vs los que no tienen adherencia (0%). Y hay más porcentaje de no adherencia (100%) en PVV que no tienen pareja vs los que tienen adherencia (71.4%).

TABLA 11. Asociación entre tipo de pareja actual y adherencia al TARV.

TPA/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
TIPO PAR ACTUAL	hombre	24	28	52	0.014
		28.6%	24.1%	26.0%	
	mujer	16	8	24	
		19.0%	6.9%	12.0%	
	Ninguna	44	80	124	
		52.4%	69.0%	62.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El tipo de pareja y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.014**, por lo que el tipo de pareja en la muestra de estudio, si se asocia con la adherencia al TARV. El 62% de los PVV en este estudio, son solteros; el 26% están con un varón, el 12% con una mujer. EL 52.4% de PVV adherentes al TARV no tienen pareja, el 28.6% están con un hombre y el 19% están con una mujer. EL 69% de PVV no adherentes al TARV no tienen pareja, el 24.1% están con un hombre y el 6.9% están con una mujer. Hay más porcentaje de adherencia (19%) en PVV que tienen una pareja mujer vs los que no tienen adherencia (6.9%). Y hay más porcentaje de no adherencia (69%) en PVV que no tienen pareja vs los que tienen adherencia (52.4%)

TABLA 12. Asociación entre estado civil y adherencia al TARV.

N°H/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
N° HIJOS	0	60	84	144	0.637
		71.4%	72.4%	72.0%	
	1	12	20	32	
		14.3%	17.2%	16.0%	
	>1	12	12	24	
		14.3%	10.3%	12.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El número de hijos y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.637**, por lo que el número de hijos en la muestra de estudio, no se asocia con la adherencia al TARV. El 72% de los PVV en este estudio, no tienen hijos; el 16% tienen 1 hijo, el 12% tienen de 2 hijos a más

TABLA 13. Asociación entre lugar donde vive y adherencia al TARV.

LDV/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
LUGAR DONDE VIVE	ciudad	52	104	156	0.00
		61.9%	89.7%	78.0%	
	Lejos de la ciudad	32	12	44	
		38.1%	10.3%	22%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El lugar donde vive y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que el lugar donde vive en la muestra de estudio, se asocia con la adherencia al TARV. El 78% de los PVV en este estudio, vive en la ciudad; el 22% vive lejos de la ciudad. El 61.9% de PVV adherentes al TARV viven en la ciudad, el 38% vive lejos de la ciudad. El 89.7% de PVV no adherentes al TARV viven en la ciudad, el 10.3% vive lejos de la ciudad. Hay más porcentaje de adherencia en PVV que viven lejos de la ciudad con un 38% vs. un 22% que no tiene adherencia al TARV. Hay más porcentaje de no adherencia en PVV que viven en la ciudad con 89.7% vs. un 61.9% que tiene adherencia al TARV.

TABLA 14. Asociación entre grado de instrucción y adherencia al TARV.

G/I/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	12	15	27	0.312
		14.3%	12.9%	11.5%	
	Secundaria completa	19	33	52	
		22.6%	28.4%	26.0%	
	Superior	38	47	85	
		45.2%	40.5%	42.5%	
técnico	15	21	36		
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El grado de instrucción y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.312**, por lo que el grado de instrucción en la muestra de estudio, no se asocia con la adherencia al TARV. El 42.5% de los PVV en este estudio, tienen estudios en nivel superior; el 18% técnico y el 12.9% primaria

TABLA 15. Asociación entre ocupación y adherencia al TARV.

Ocupación/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
OCUPACIÓN	desempleado	24	0	24	0.00
		28.6%	0.0%	12.0%	
	Trabajador independ.	38	64	102	
		45.2%	55.2%	51.0%	
	otro	4	0	4	
		4.8%	0.0%	2.0%	
Trabajador dependiente	18	52	70		
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La ocupación y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que la ocupación en la muestra de estudio, si se asocia con la adherencia al TARV. El 21% de los PVV en este estudio, son trabajadores independientes; el 35% trabajadores dependientes, el 12% está desempleado y el 2% otros tipos de trabajo. El 45.2% de PVV adherentes al TARV son trabajadores independientes, el 28.6% está desempleado, el 21.4% es trabajador dependiente y el otro 4.8% otros trabajos. El 55.2% de PVV adherentes al TARV son trabajadores independientes y el 44.8% son trabajadores dependientes. Hay más porcentaje de adherencia (28.6%) en PVV desempleados vs los que no tienen adherencia (0%). Y hay más porcentaje de no adherencia (44.8%) en PVV que son trabajadores dependientes vs los que tienen adherencia (21.4%)

TABLA 16. Asociación entre tratamiento que recibe y adherencia al TARV.

TQR/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
TTO QUE RECIBE	ABC+3TC+EFV	2 2.4%	11 9.5%	13 6.5%	0.00
	LPV+RTV	4 4.8%	25 21.6%	29 14.5%	
	TDF+FTC+LPV	24 28.6%	23 19.8%	47 23.5%	
	TDF+3TC+EFV	42 50.0%	57 49.1%	99 49.5%	
	TDF+3TC+DOL	12 14.3%	0 0.0%	12 6.0%	
	Total	84 100.0%	116 100.0%	200 100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El tratamiento que recibe y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que el tratamiento que recibe en la muestra de estudio, se asocia con la adherencia al TARV. El 49.5% de los PVV en este estudio, reciben TDF+3TC+EFV; el 23.5% TDF+FTC+LPV, el 14.5% LPV+RTV, el 6.5% ABC+3TC+EFV y el 6.0% TDF+3TC+DOL. La mayoría (50%) de PVV adherentes al TARV consumen TDF+3TC+DOL en su terapia, el 28.6% TDF+3TC+DOL, el 14.3% TDF+FTC+LPV, el 4.8% LPV+RTV y el 2.4% ABC+3TC+EFV. La mayoría (49.1%) de PVV no adherentes al TARV consumen TDF+3TC+EFV en su terapia, el

21.6% LPV+RTV, el 19.8% TDF+FTC+LPV, el 9.5% ABC+3TC+EFV y nadie TDF+3TC+DOL. Hay más adherencia en PVV que consumen TDF+FTC+LPV con un 14.3% vs un 0% que no es adherente. Hay menos adherencia en PVV que consumen LPV+RTV con un 21.6% vs un 4.8% que es adherente

TABLA 17. Asociación entre lugar de diagnóstico y adherencia al TARV.

LD/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
LUG DX	ambulatorio	0	12	12	0.00
		0.0%	10.3%	6.0%	
	Centro de salud	0	8	8	
		0.0%	6.9%	4.0%	
	Hospital	64	88	152	
		76.2%	75.9%	76.0%	
privado	20	8	28		
	23.8%	6.9%	14.0%		
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

El lugar de diagnóstico y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que el lugar de diagnóstico en la muestra de estudio, se asocia con la adherencia al TARV. El 76.0% de los PVV en este estudio, fueron diagnosticados en un hospital; el 14% en un centro privado, el 6% de manera ambulatoria y el 4% en un centro de salud. El 76.2% de PVV adherentes al TARV fueron diagnósticos en un hospital y el otro 23.8% en un centro privado. El 75.9% de PVV no adherentes al TARV fueron diagnosticados en un hospital, un 6.9% en un centro privado, otro 6.9% en un centro de salud y el 10.3% restante de manera ambulatoria. Hay más adherencia en PVV diagnosticados en un centro privado con un 23.8% vs un 6.9% que no presentan adherencia. Hay menos adherencia en PVV diagnosticados de manera ambulatoria con un 10.3% vs un 0% que son adherentes.

TABLA 18. Asociación entre carga viral y adherencia al TARV.

CV/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
Carga viral	≤40	32 38.1%	40 34.5%	72 36.0%	0.59
	<40	52 61.9%	76 65.5%	128 64.0%	
Total		84 100.0%	116 100.0%	200 100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

La carga viral y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.59**, por lo que la carga viral de diagnóstico en la muestra de estudio, no se asocia con la adherencia al TARV. El 64% de los PVV en este estudio, tienen una carga viral ≤40 y el 36% tiene una carga viral >40 (indetectable).

TABLA 19. Asociación entre mejora de la carga viral y adherencia al TARV.

MCV/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
Mejora de CV	no	12 14.3%	92 79.3%	104 52.0%	0.024
	si	72 85.7%	24 20.7%	96 48.0%	
Total		84 100.0%	116 100.0%	200 100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

La mejora de carga viral y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.024**, por lo que la mejora de carga viral de diagnóstico en la muestra de estudio, se asocia con la adherencia al TARV. El 52% de los PVV en este estudio, mejoraron o se mantuvieron en la disminución de la carga viral (≤40cop/ml) y el 48% no mejoró/empeoró. El 85.7% DE PVV adherentes al TARV si han tenido una disminución/mantenimiento de la carga viral (indetectable) y un 14.3% no tuvieron disminución/mantenimiento de carga viral. El 79.3% de PVV no adherentes al TARV no han tenido una disminución/mantenimiento en la carga viral y un 20.7% si tuvieron mejoría. Hay más porcentaje de adherencia (85.7%) en PVV que si han

tenido una disminución/mantenimiento de la carga viral (indetectable) vs los que no tienen adherencia (20.7%). Y hay más porcentaje de no adherencia (79.3%) en PVV que no han tenido una disminución/mantenimiento de la carga viral ≤ 40 cop/ml (indetectable) vs los que tienen adherencia (14.3%)

TABLA 20. Asociación entre células TCD4 y adherencia al TARV.

TCD4/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
TCD4	<500	44	56	100	0.567
		52.4%	48.3%	50.0%	
	≥500	40	60	100	
		47.6%	51.7%	50.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

Las células CD4 y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.567**, por lo que las células CD4 en la muestra de estudio, no se asocia con la adherencia al TARV. El 50% de los PVV en este estudio tienen conteo de células TCD4 ≥ 500 cel/mm³, pero al mismo tiempo el otro 50% tienen conteo de células TCD4 < 500 cel/mm³.

TABLA 21. Asociación entre mejora de células TCD4 y adherencia al TARV.

MTCD4/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
MEJORA TCD4	no	8	12	20	0.003
		6.9%	14.3%	10%	
	si	108	72	180	
		91.1	85.7%	90%	
Total		116	84	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

La mejora en las células TCD4 y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.003**, por lo que la mejora en las células TCD4 en la muestra de estudio, se asocia con la adherencia al TARV. El 90% de los PVV en este estudio tienen una mejora en el conteo de células TCD4 y solo un 10% no tienen una mejora en el conteo de células TCD4. El 85.7% DE PVV no adherentes al TARV si han tenido una mejora en el conteo de células TCD4 y un 14.3% si tuvieron mejora. El 91% de PVV adherentes al TARV han tenido una mejora en el conteo de células TCD4 y un 6.9% no tuvieron mejora. En donde los PVV que han aumentado el conteo de células TCD4 tienen mayor porcentaje de adherencia (91.1%) en comparación con los que no tienen adherencia (85.7%). Y los PVV en los cuales disminuyó el conteo de células TCD4 tienen mayor porcentaje de no adherencia (14.3%) a diferencia de los que tienen adherencia (6.9%).

TABLA 22. Asociación entre años desde el diagnóstico sin tratamiento y adherencia al TARV.

ADDST/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
AÑOS DEL DX SIN TTO	<1	40	64	104	0.291
		47.6%	55.2%	52.0%	
≥1	44	52	96		
	52.4%	44.8%	48.0%		
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

Los años desde el diagnóstico sin tratamiento y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.291**, por lo que los años desde el diagnóstico sin tratamiento en la muestra de estudio, no se asocia con la adherencia al TARV. El 52% de los PVV en este estudio tuvieron <1 año desde el diagnóstico sin tratamiento y un 48% tuvieron ≥1 año desde el diagnóstico sin tratamiento.

TABLA 23. Asociación entre años viviendo con VIH y adherencia al TARV.

AVCV/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
AÑOS VIVIENDO CON VIH	<1	8	20	28	0.121
		9.5%	17.2%	14.0%	
	≥1	76	96	172	
		90.5%	82.8%	86.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

Los años viviendo con VIH y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.121**, por lo que los años viviendo con VIH en la muestra de estudio, no se asocia con la adherencia al TARV. El 14% de los PVV en este estudio tienen <1 año viviendo con VIH y un 86% tienen ≥1 año viviendo con VIH.

TABLA 24. Asociación entre tiempo de tratamiento y adherencia al TARV.

ACT/Q		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
AÑOS CON TTO	<1	12	36	48	0.006
		14.3%	31.0%	24.0%	
	≥1	72	80	152	
		85.7%	69.0%	76.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

El tiempo de tratamiento y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.006**, por lo que el tiempo de tratamiento en la muestra de estudio, se asocia con la adherencia al TARV. El 76% de los PVV en este estudio tienen un tiempo de tratamiento ≥1 año y solo un 24% tienen un tiempo de tratamiento <1 año. El 85.7% DE PVV adherentes al TARV tienen ≥1 año en TARV y un 14.3% <1 año en TARV. El 69% de PVV no adherentes al TARV tienen ≥1 año en TARV y un 31% si <1 año en TARV. Hay más porcentaje de adherencia (85.7%) en PVV que tienen ≥1 año en TARV vs los que no tienen adherencia (69%). Y hay más porcentaje de no adherencia (31%) en PVV que tienen <1 año en TARV vs los adherentes (14.3%).

TABLA 25. Asociación entre ruta de transmisión y adherencia al TARV.

RDT/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
RUTA DE TRANSMISIÓN	desconocida	48	48	96	0.001
		57.1%	41.4%	48.0%	
	hetero	4	28	32	
		4.8%	24.1%	16.0%	
	homo	32	40	72	
		38.1%	34.5%	36.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

La ruta de transmisión y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.001**, por lo que la ruta de transmisión en la muestra de estudio, se asocia con la adherencia al TARV. El 48% de los PVV en este estudio desconocen la ruta de transmisión de infección, el 36% tuvo una transmisión homosexual y el 16% una transmisión heterosexual. Hay más porcentaje de adherencia (57.1%) en PVV que desconocen la ruta de infección vs los que no tienen adherencia (41.4%). Y hay más porcentaje de no adherencia (24.1%) en PVV que refirieron haber tenido una ruta de transmisión heterosexual (4.8%).

TABLA 26. Asociación entre género con el que se tuvo relaciones sexuales los últimos 6 meses y adherencia al TARV.

U6MSC/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
ULTIMOS 6 MESES SEXO CON	ambos	12	28	40	0.143
		14.3%	24.1%	20.0%	
	hombres	32	48	80	
		38.1%	41.4%	40.0%	
	mujeres	16	20	36	
		19.0%	17.2%	18.0%	
	ninguno	24	20	44	
		28.6%	17.2%	22.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Interpretación

El género con el que se tuvo relaciones sexuales los últimos 6 meses y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.143**, por lo que el género con el que se tuvo relaciones sexuales los últimos 6 meses en la muestra de estudio, no se asocia con la adherencia al TARV. El 40% de los PVV en este estudio tuvieron relaciones sexuales con hombres, el 22% no tuvo relaciones sexuales, el 20% tuvo con ambos géneros y el 18% con mujeres.

TABLA 27. Asociación entre uso de preservativo en relaciones sexuales y adherencia al TARV.

UDP/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
USO DE PRESERVATIVO	a veces	0	16	16	0.00
		0.0%	13.8%	8.0%	
	casi siempre	20	52	72	
		23.8%	44.8%	36.0%	
	siempre	64	48	112	
		76.2%	41.4%	56.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

El uso de preservativo en relaciones sexuales y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.000**, por lo que el uso de preservativo en relaciones sexuales, se asocia con la adherencia al TARV. El 56% de los PVV en este estudio usa siempre el preservativo, el 36% usa casi siempre, el 8% usa a veces y 0% nadie. Hay más porcentaje de adherencia (76.2%) en PVV utilizan siempre preservativo vs los que no tienen adherencia (41.4%). Y hay más porcentaje de no adherencia (58.6%) en PVV no usan siempre el preservativo vs un 23.8% que son adherentes.

TABLA 28. Asociación entre comorbilidades y adherencia al TARV.

Com/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
COMORBILIDADES	Acarosis	0	8	8	0.00
		0.0%	6.9%	4.0%	
	Ansiedad	20	0	20	
		23.8%	0.0%	10.0%	
	Depresión	0	24	24	
		0.0%	20.7%	12.0%	
	Enf. Pulmonar	12	8	20	
14.3%		6.9%	10.0%		
Gastritis	0	16	16		
	0.0%	13.8%	8.0%		
NO	52	60	112		
	61.9%	51.7%	56.0%		
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

Las comorbilidades y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.000**, por lo que las comorbilidades, se asocian con la adherencia al TARV. El 56% de los PVV en este estudio no presentó comorbilidades, el 12% depresión, un 10% ansiedad, otro 10% enfermedad pulmonar y un 4% Acarosis. Hay más adherencia al TARV cuando los PVV no presentan comorbilidades (61.9%). Hay más porcentaje de adherencia (23.8%) en PVV con diagnóstico de ansiedad vs los que no tienen adherencia (0%). Y hay más porcentaje de no adherencia (20.7%) en PVV con diagnóstico de depresión vs un 0% que son adherentes.

TABLA 29. Asociación entre enfermedades oportunistas y adherencia al TARV.

EOP/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
ENF OPORTUNISTA	candidiasis	0	4	4	0.00
		0.0%	5.2%	2.0%	
	Herpes zoster	24	16	40	
		19.4%	21%	20.0%	
	NO	96	48	144	
		77.4%	63.1%	72.0%	
tuberculosis	4	8	12		
	3.2%	10.5%	6.0%		
Total		124	76	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

Las enfermedades oportunistas y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.000**, por lo que enfermedades oportunistas, se asocian con la adherencia al TARV. El 72% de los PVV en este estudio no presentó enfermedades oportunistas, el 20% herpes zoster, un 6% tuberculosis y un 2% candidiasis. Hay más porcentaje de adherencia (77.4%) en PVV que no han tenido enfermedades oportunistas vs los que no tienen adherencia (63.1%). Y hay más porcentaje de no adherencia (10.5%) en PVV que han tenido tuberculosis vs un 3.2% que son adherentes.

TABLA 30. Asociación entre enfermedades de transmisión sexual y adherencia al TARV.

ETS/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
ETS	condiloma	0	20	20	0.00
		0.0%	17.2%	10.0%	
	NA	60	52	112	
		71.4%	44.8%	56.0%	
	Otros	0	12	12	
		0.0%	10.3%	6.0%	
	Sífilis	24	32	56	
		28.6%	27.6%	28.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Las enfermedades de transmisión sexual y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.000**, por lo que las enfermedades de transmisión sexual, se asocian con la adherencia al TARV. El 56% de los PVV en este estudio no presentó enfermedades de transmisión sexual, el 28% tuvo sífilis, un 10% condilomas y el 6% tuvo otras ETS. Hay más porcentaje de adherencia (71.4%) en PVV que han tenido ETS vs los que no tienen adherencia (44.8%). Y hay más porcentaje de no adherencia (17.2%) en PVV que han tenido condiloma vs un 0% que son adherentes.

TABLA 31. Asociación entre presencia de RAM's y adherencia al TARV.

RAM'S/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
RAMS	no	36	24	60	0.001
		42.9%	20.7%	30.0%	
si		48	92	140	
		57.1%	79.3%	70.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

Las RAM's y la adherencia al TARV, son significativas, con una **p de 0.001**, por lo que las RAM's, se asocian con la adherencia al TARV. El 70% de los PVV en este estudio tuvo RAM's durante el TARV, el 30% no tuvo RAM's durante el TARV. Hay más porcentaje de adherencia (42.9%) en PVV que no han tenido RAM's durante el TARV vs los que no tienen adherencia (20.7%). Y hay más porcentaje de no adherencia (79.3%) en PVV que han tenido RAM's durante el TARV vs un 57.1% que son adherentes.

TABLA 32. Asociación entre acciones tomadas contra RAM's y adherencia al TARV.

ATCEAM/a		ADHERENCIA		Total	P
		adherente	no adherente		
ACCIONES FRENTE A RAMS	continúa tomando	40 47.6%	52 44.8%	92 46.0%	0.009
	paró de consumir	0 0.0%	12 10.3%	12 6.0%	
	preguntar al médico	44 52.4%	52 44.8%	96 48.0%	
		Total	84 100.0%	116 100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

Las acciones tomadas contra RAM's y la adherencia al TARV, son significativas, con una **p de 0.009**, por lo que las acciones tomadas contra RAM's, se asocian con la adherencia al TARV. El 48% de los PVV en este estudio tuvo preguntó al médico, el 46% continuó tomando y el 6% paró de consumir. Hay más porcentaje de adherencia (52.4%) en PVV que preguntaron al médico vs los que no tienen adherencia (44.8%). Y hay más porcentaje de no adherencia (10.3%) en PVV que dejaron de consumir su TARV vs un 0% que son adherentes.

TABLA 33. Asociación entre abandono por >30d en este año y adherencia al TARV.

Aband>30D/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
ABANDONO >30D ESTE AÑO	no	180	20	200	-
		100.0%	100.0%	100.0%	
Total		180	20	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

El abandono por >30d en este año y la adherencia al TARV, son significativas, con una **p no detectable**, por lo que el abandono por >30d en este año no tiene con quien asociarse. El 90% de los PVV no abandonó TARV por más de 30 días en este año y el 10% si lo abandonó

TABLA 34. Asociación entre abandono de tratamiento en cualquier momento y adherencia al TARV.

TAECM/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
TARV ABANDONADO EN CUALQUIER MOMENTO	no	84	92	176	0.00
		100.0%	79.3%	88.0%	
	si	0	24	24	
		0.0%	20.7%	12.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

El abandono de tratamiento en cualquier momento y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que el abandono de tratamiento en cualquier momento, se asocia con la adherencia al TARV. El 88% de los PVV en este estudio no abandonaron el TARV en cualquier momento, el 12% abandonó el TARV en cualquier momento. Hay más porcentaje de adherencia (100%) en PVV que no abandonaron el TARV vs los no adherentes (79.3%). Y hay más porcentaje de no adherencia (20.7%) en PVV que si abandonaron el TARV vs un 0% que son adherentes.

TABLA 35. Asociación entre tiempo de abandonado el tratamiento y adherencia al TARV.

TATTO/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
TIEMPO ABANDONADO DE TARV	1-9d	12	36	48	0.00
		14.3%	31.0%	24.0%	
	10-3	0	12	12	
		0.0%	10.3%	6.0%	
	nunc	72	68	140	
		85.7%	58.6%	70.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

El tiempo de abandono de TARV y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que el tiempo de abandono de TARV, se asocia con la adherencia al TARV. El 70% de los PVV en este estudio nunca abandonaron el TARV, el 24% abandonó el TARV de 1-9 días y el 6% lo abandonó por >30 días. Hay más porcentaje de PVV adherentes (85.7%) que nunca abandonaron el TARV vs los no adherentes que no abandonaron (58.6%). Y hay más porcentaje en PVV no adherentes (31%) que abandonaron de 1-9 días vs un 14.3%% que son adherentes que abandonaron de 1-9 días.

TABLA 36. Asociación entre razón de abandono del TARV y adherencia al TARV.

RDADTTO/A		ADHERENCIA		Total	p	
		adherente	no adherente			
RAZON DE ABANDONO	no	72	68	140	0.00	
		85.7%	58.6%	70.0%		
	olvido	0	28	28		
		0.0%	24.1%	14.0%		
	RAMS	0	20	20		
		0.0%	17.2%	10.0%		
	viaje	12	0	12		
		14.3%	0.0%	6.0%		
	Total		84	116		200
			100.0%	100.0%		100.0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

La razón de abandono del TARV y la adherencia al TARV, son significativas, con una **p de 0.00**, por lo que la razón de abandono del TARV, se asocia con la adherencia al TARV. El 70% de los PVV en este estudio nunca abandonaron el TARV, el 14% abandonó el TARV porque se olvidó de la toma, el 10% por presentar RAM's y el 6% porque viajó. Hay más porcentaje de PVV adherentes (85.7%) que nunca abandonaron el TARV, en comparación a los no adherentes que no abandonaron (58.6%). Y hay más porcentaje en PVV no adherentes (24.1%) que abandonaron el TARV porque se olvidaron, en comparación de un 0% que son adherentes y abandonaron el TARV porque se olvidaron.

TABLA 37. Asociación consumo de alcohol y adherencia al TARV.

CDA/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
CONSUMO DE ALCOHOL	alcohol	21	63	84	0.00
		25.0%	54.3%	42.0%	
	no	63	53	116	
		75.0%	45.7%	58.0%	
Total		84	116	200	
		100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

El consumo de alcohol y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que el consumo, se asocia con la adherencia al TARV. El 58% de los PVV en este estudio no consumen alcohol y el 42% si lo consume. Hay más porcentaje de PVV adherentes (75%) que no consumen alcohol, en comparación a los no adherentes que no consumen alcohol (45.7%). Y hay más porcentaje en PVV no adherentes (54.3%) que consumen alcohol, en comparación de los adherentes (25%) que consumen alcohol.

TABLA 38. Asociación entre el conocimiento de la familia del estado serológico del paciente y adherencia al TARV.

FSDD/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
FAMILIA SABE DEL DX	no	20 23.8%	62 53.4%	82 41.0%	0.00
	si	64 76.2%	54 46.6%	118 59.0%	
Total		84 100.0%	116 100.0%	200 100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

El conocimiento de la familia del estado serológico del paciente y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que el conocimiento de la familia del estado serológico del paciente, se asocia con la adherencia al TARV. El 59% de los familiares de los PVV en este estudio saben de su estado serológico y el 41% no lo sabe. Hay más porcentaje de familiares de PVV adherentes (76.2%) que saben del estado serológico del PVV, en comparación a los no adherentes que no saben del estado serológico (46.6%). Y hay más porcentaje de familiares de PVV no adherentes (53.4%) que no saben del estado serológico del PVV, en comparación a los adherentes que no saben del estado serológico (23.8%).

TABLA 39. Asociación entre el conocimiento de los amigos del estado serológico del paciente y adherencia al TARV.

ASDD/A		ADHERENCIA		Total	p
		adherente	no adherente		
AMIGOS SABEN DEL DX	no	28 33.3%	72 62.1%	100 50.0%	0.00
	si	56 66.7%	44 37.9%	100 50.0%	
Total		84 100.0%	116 100.0%	200 100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación

El conocimiento de los amigos del estado serológico del paciente y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que el conocimiento de los

amigos del estado serológico del paciente, se asocia con la adherencia al TARV. El 50% de amigos de los PVV en este estudio saben de su estado serológico y el 50% no lo sabe. Hay más porcentaje de amigos de PVV adherentes (66.7%) que saben del estado serológico del PVV, en comparación a los no adherentes que no saben del estado serológico (37.9%). Y hay más porcentaje de amigos de PVV no adherentes (62.1%) que no saben del estado serológico del PVV, en comparación a los adherentes que no saben del estado serológico (33.3%).

TABLA 40. Satisfacción de la encuesta

SATISFACCIÓN DE LA ENCUESTA		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Satisfecho	116	58.0
	Ni satisfecho ni insatisfecho	84	42.0
	insatisfecho	0	0.0
	Total	200	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

La tabla arroja un resultado en el que el 58% de la muestra estudiada del Hospital Belén de Trujillo estuvo satisfecha con la encuesta, el 42% no estuvo ni satisfecha ni insatisfecha, por otro lado, ningún PVV estuvo insatisfecho con la encuesta.

V. DISCUSIÓN

Esta investigación aborda no solo las determinantes sociales para la adherencia al TARV, sino también va más allá, profundizando en la investigación en los resultados para catalogar a un tratamiento adecuado en Perú, como es el saber si el estilo de vida, la adherencia al tratamiento, la orientación sexual y más variables intermedias (haciendo énfasis en la carga viral y el conteo de las células TCD4) el cual si no es llevado de la manera más adecuada repercute en la salud no solo de un PVV, sino también en el desarrollo social que lo envuelve, pudiendo transmitir el virus de inmunodeficiencia humana y continuando a la propagación de esta epidemia. El mayor aporte de esta investigación realizada en Latinoamérica-Perú y originalidad, reside en el análisis frente a la orientación sexual como nueva variable de investigación, la cual será comparada con los estilos de vida y adherencia.

En la presente investigación se encontró una asociación estadísticamente significativa entre orientación sexual, estilos de vida y adherencia al TARV, con una p de significancia de 0.022. Ninguno de los estudios anteriores media la asociación de ambas variables (estilo de vida y orientación sexual) al mismo tiempo y las enlazaban con la adherencia al TARV. Analizando los resultados de las tablas estadísticas se puede inferir como teoría, que el comportamiento de cada PVV se ve reflejado en los estilos de vida que ellos tienen dependiendo de la orientación sexual con la que se identifican y esto se ve en los estilos de vida que cada uno tiene, según la encuesta estadística. Güell mencionó en su estudio que la asociación del VIH con las personas homosexuales/bisexuales y sus estilos de vida dieron paso a una construcción de una visión ficticia y estereotipada frente a la sociedad, de que sus conductas son malas simplemente por el hecho de ser homosexuales/bisexuales.³⁹ Volviendo al estudio, la asociación se ve afectada por más variables en cada PVV, ya sea tanto las variables intervinientes mencionadas, como la diferencia entre cada paciente. Es muy importante abarcar esta diferencia debido a que la adherencia al TARV es únicamente la capacidad del PVV de estar implicado de una forma correcta tanto en la elección, el inicio y el control del TARV, el cual le permita mantenerse cumpliendo de manera rigurosa y tener el objetivo de conseguir una supresión de carga viral,¹⁸ pero esto no significa que el paciente está reaccionando de manera correcta al TARV, por lo que también se debe evaluar la carga viral y el CD4, en la mejora o empeoramiento a raíz del inicio de la toma del TARV.¹⁶

Para poder ser más específicos en la asociación de adherencia al TARV y estilos de vida con la orientación sexual, fue necesario investigar y diferenciar la problemática entre cada orientación sexual. En la cual se identificó a la bisexualidad, heterosexualidad y homosexualidad, en donde la p de significancia en relación con estilos de vida y adherencia al tratamiento fueron: 0.00, 0.028 y 0.232, respectivamente, por lo que únicamente la población Homosexual en este estudio no se asocia a los estilos de vida y la adherencia al TARV.

La bisexualidad si se asocia con la adherencia al TARV en este estudio, con una **p de 0.00**. En el cual el 44.7% tiene un buen estilo de vida, un 27.6% tiene un regular estilo de vida y el otro 27.6% tiene un mal estilo de vida. En donde los que tienen buen estilo de vida tienen mayor porcentaje de adherencia (100%) en comparación con los que no tienen adherencia (0%). Y los que tienen un mal/regular estilo de vida tienen mayor porcentaje de no adherencia (35% cada uno) a diferencia de los que tienen adherencia (0% cada uno). Por lo que se puede concluir que el ser bisexual con un buen estilo de vida se asocia más a la adherencia al TARV, por otro lado, el ser bisexual con un mal/regular estilo de vida se asocia más a la no adherencia al TARV. La heterosexualidad si se asocia con la adherencia al TARV en este estudio, con una **p de 0.028**. En el cual el 83.3% tiene un buen estilo de vida, un 16.7% tiene un regular estilo de vida y ninguno tiene un mal estilo de vida. En donde los que tienen buen estilo de vida tienen mayor porcentaje de adherencia (100%) en comparación con los que no tienen adherencia (75%). Y los que tienen un regular estilo de vida tienen mayor porcentaje de no adherencia (25) a diferencia de los que tienen adherencia (0% cada uno). Por lo que se puede concluir que el ser heterosexual con buen estilo de vida se asocia más a la adherencia al TARV, por otro lado, el ser heterosexual con un regular estilo de vida se asocia más a la no adherencia al TARV. Los heterosexuales no presentaron malos estilos de vida. En la población homosexual no significativa con una p de 0.232, se determina que el 66% de homosexuales adherentes al TARV tienen un buen estilo de vida, el 21% tienen un estilo de vida regular y el 13% restante tiene un mal estilo de vida, el no tener significancia puede ser porque no hubo una muestra adecuada en el estudio o tal vez, los PVV no respondieron al 100% con la verdad. Los PVV son personas a las cuales el acceso para brindar información es muy dificultoso.²² Desde el punto de vista del investigador, no fue tan dificultoso debido a que se brindó confianza al recolectar la información y se explicó todo el procedimiento, colocando el consentimiento informado, lo que mejoró la confianza en el estudio. Poder obtener la confianza de un PVV es fundamental para poder obtener unos resultados más certeros y evitar los sesgos, es por eso que adicional a la conversación previa a la aplicación de la encuesta también es importante volver a aclarar los términos en la encuesta, a través del consentimiento informado.

Según resultados estadísticos, en este estudio, la orientación sexual presenta una población bisexual y homosexual que comparten el mismo porcentaje de participación con 38% de PVV en el hospital Belén de Trujillo cada uno, y una población heterosexual de 24%. Esto debe a la predisposición de transmisión de la enfermedad, debido a que las personas homosexuales y bisexuales, en su mayoría tienen relaciones sexuales por vía genito-rectal, la cual es una vía de transmisión más frecuente de VIH.¹³ Que al compararlo con la población a nivel nacional en el boletín VIH-febrero 2021 va aproximado,³⁵ con 46.6% de PVV homosexuales, 14.7% bisexuales y un 28.7% heterosexuales. En donde se hace contraste con el estudio de Leyva-Moral et al,¹¹ donde hubo una muestra de 180 PVV donde un 49.4% eran heterosexuales, 15.6% bisexuales y 35% homosexuales ($p=0.03$),

donde la cantidad de heterosexuales es más del doble que el de esta investigación, lo cual cambia el aspecto sobre la vía de transmisión y se podría plantear que puede influir la localidad o simplemente interviniendo estadísticas, que se ve reforzado por el estudio de Rice B. en Inglaterra,³⁶ donde el 49.7% fueron heterosexuales, el 35.8% homosexuales y el 23.5% bisexuales; además en el estudio de Plascencia C en México,⁸ donde el 52% reportó ser heterosexual, 40% homosexual y 8% bisexual, que se favorece con en el estudio de Hernández A en México,⁹ donde el 45.2% refirió ser heterosexual, 37.1% homosexual 3.2% bisexuales y 14.5% no respondió, por lo que se puede concluir que en el caso de este estudio, la mayoría de los PVV sentían vergüenza de aceptar su orientación sexual, porque casi todas las personas heterosexuales no se avergüenzan en decirlo, pero generalmente las personas hetero/bi si lo hacen⁹ y eso pudo haber influido en este estudio en México y probablemente en el resto de estudios. En la población homosexual, el factor predispuesto es la falta de concientización en la prevención de ETS,¹⁰ incluso uno de los encuestados, solicitó lo siguiente “Falta un poco más de campaña para concientizar a las personas, ya que hay muchas que tienen la enfermedad como yo y no lo sabemos hasta estar realmente mal” (*Anexo 8*), el cual fue un PVV homosexual, generalmente en los colegios y universidades tocan superficialmente el tema de la prevención de ETS, pero enfocado a las relaciones sexuales heterosexuales, pero no a las homosexuales o en todo caso generalizando las relaciones sexuales, por ende la mayoría de personas (homo/bi) no tienen una base de conocimiento sobre prevención de ETS, desde el colegio.¹⁰ Sin embargo, en el estudio se observó que el hospital belén de Trujillo brinda información más enfocada a cada paciente que pasa consulta, incluso realizaron folletos enfocados al tipo de género (hombre/mujer cis/trans) y a la orientación sexual (hetero/homo/bi), pero de manera interna en el hospital, sin hacerlo público, lo cual sigue siendo desde el punto de vista del investigador una piedra en la mejora de la prevención de ETS en personas homo/bisexuales. Se debe profundizar en la investigación con los siguientes temas: haber recibido conocimientos sobre prevención en ETS, lugares donde recibió prevención, antes o después del diagnóstico, si promueve la información para la prevención. E incluso tocando el tema social, generalmente las consultas por personal médico están normatizadas para la atención de la población que vive en la ciudad, de clase media a alta y heterosexual,¹⁰ la cual es una realidad que aún se tiene que cambiar. La población homosexual esta predispuesta aun a la marginación y estigmatización de la sociedad, debido a los ideales no progresistas y a la cultura tradicional que en Perú sigue existiendo.²²

En los cuadros estadísticos se evidenciaron un 54.5% con buen estilo de vida, 25.5% con regular estilo de vida y 20% con mal estilo de vida. Que, al compararlo con los resultados hallados en un estudio de Lambayeque,³⁸ tienen resultados similares, donde el 76.3% tiene un buen estilo de vida, 10% un regular estilo de vida y 13.7% un mal estilo de vida. El cual se ve contrastado con el resultado de Lima,³⁷ donde un 11.2% tuvo un buen estilo de vida, el 23.5% un regular estilo de vida y

65.3% con mal estilo de vida. En el cual se puede evidenciar que en Lambayeque y Trujillo (provincias de Perú) hay más porcentaje de PVV con estilo de vida adecuado, a diferencia de los que viven en Lima,³⁷ por lo que podemos concluir que vivir en una ciudad más desarrollada puede predisponer a tener un mal estilo de vida, por lo que se debe indagar la razón en futuros estudios, con los siguientes datos: tiempo libre, lugar de residencia; horas de trabajo.

De acuerdo a los resultados estadísticos en la identificación de adherencia al TARV en PVV, se obtiene que el 42% es adherente al TARV y un 58% no lo es. Que se diferencia de los resultados en un estudio en Nepal,⁶ con 87.4% de adherencia al TARV y 12.6% no adherente, en Canadá en el estudio de mujeres se halló 85% de adherencia, en el estudio de Plascencia C. en México se obtuvo un 60% de adherencia⁸ y 83.9% en el estudio de Hernández A, también en México.⁹ Por otro lado en la realidad peruana se observa que en el estudio realizado en el norte del país.¹¹ Se obtiene una adherencia de 58.3% y 30% en el estudio de Lambayeque.¹³ Por lo que podemos concluir que Perú existe menos adherencia al TARV, debido a las actitudes de las personas, la poca cultura de salud y escasas de capacitaciones a los PVV para poder consumir de manera más adecuada los medicamentos.¹⁷ De hecho, el término “adherencia al tratamiento” significa consumir medicamentos a la hora adecuada y todos los días, sin dejar por ningún motivo de consumirlos, por lo que el cumplimiento debe ser estricto, al dejar de cumplir uno de estos parámetros, ya estas siendo no adherente al tratamiento, sin embargo, esto se evalúa mejor con la mejora de la CV y los CD4, los cuales serán analizados más adelante.¹⁸

Según resultados estadísticos, en este estudio, la orientación sexual si se asocia con la adherencia al TARV ($p=0.00$), que es similar al estudio de Leyva-Mora,¹¹ donde refiere que también se asocia la orientación sexual con la adherencia al TARV ($p=0.03$), sin embargo, la población que más se adhería al TARV era la heterosexual, en comparación a la de este estudio que es la homosexual. En este estudio los PVV homosexuales tienen mayor porcentaje de adherencia (61.9%) en comparación con los que no tienen adherencia (20.7%). Y los PVV bisexuales tienen mayor porcentaje de no adherencia (51.7%) a diferencia de los que tienen adherencia (19%). Por lo que se puede concluir que el ser homosexual se asocia más a la adherencia al TARV y ser bisexual se asocia más a la no adherencia al TARV. Con lo que se concluye que son más adherentes los PVV homosexuales que reciben TARV, en comparación con el estudio en todo el norte del país. Desde el punto de vista del investigador, esto se debe a que la población homosexual es marginada por su orientación sexual y estado serológico,²³ por lo que ellos mismos quieren superarse, queriendo llegar al estado indetectable evitando la propagación del virus; quizás también porque están más preocupados por su salud; o únicamente porque es la estadística del estudio.²² Por lo que se debe profundizar en la investigación de los PVV con los siguientes temas: ganas de ser adherentes al TARV, razón por la que hay que ser adherentes al TARV, apoyo de quienes lo rodean, acceso económico.

Los estilos de vida y la adherencia al TARV si se asocian con la adherencia al TARV en este estudio, con una **p de 0.022**. Najarro et al,³⁷ presentaron una asociación entre los estilos de vida con la adherencia al TARV con una $p=0.02$, de la misma manera Julca, obtuvo una $p=0.00$.³⁸ En este estudio los que tienen buen estilo de vida tienen mayor porcentaje de adherencia (65.5%) en comparación con los que no tienen adherencia (46.6%). Y los que tienen un mal estilo de vida tienen mayor porcentaje de no adherencia (25%) a diferencia de los que tienen adherencia (13.1%). Por lo que se puede concluir que el tener un buen estilo de vida se asocia más a la adherencia al TARV y tener un mal estilo de vida se asocia más a la no adherencia al TARV. Esto es debido a que el factor de tener un estilo de vida adecuado y responsable de los actos hace que repercuta en la toma de medicamentos, consumiéndose en las horas y fechas adecuadas.^{10, 25}

La edad no se asocia con la adherencia al TARV (p de 0.058). En este estudio el 48% de los PVV en este estudio, tienen entre 15-30 años; el 40% entre 31-45 años, 12% son >45 años y 0% <15 años. Según Leyva-Moral,¹¹ tampoco se encontró asociación entre edad y adherencia al TARV ($p=0.757$), pero en su población habían 1% <15 años, 44% 15-30, 35% 31-45 años y >45 años 20%. A nivel nacional en el boletín 2021-VIH 2.9% <15 años, de 15-30 un 47%, de 31-45 un 33% y >45 años un 17.1%. Donde se puede concluir que la mayoría de PVV se encuentran entre 15-30 años, luego de 31-45 años, pero la menor población por edades, son los <15 años, por lo que hay que enfocar mucho más la prevención de VIH a la población entre 15-30 años. Al inicio se pensaba que la edad si podría tener significancia, debido a que la mayoría de adultos son más responsables y maduros, lo cual influye aparentemente en que cumplas con el TARV, sin embargo, los resultados estadísticos demostraron lo contrario en esta muestra, quizás en otro tipo de muestra sea diferente, pero tenemos 2 estudios en los que no se encontró asociación, concluyendo que probablemente la adherencia sea equitativa en todas las edades.

El género no se asocia con la adherencia al TARV (**p de 0.729**). En este estudio el 73.5% de los PVV en este estudio, son varones cisgénero; el 22.5% son mujeres cisgénero, el 2.5% mujeres transgénero, el 1.5% son personas no binarias y no hubo varones transgénero. En el estudio de Leyva-Moral,¹¹ tampoco hubo asociación entre género y adherencia al TARV ($p=0.257$), pero hubo un 80% de varones y 20% mujeres;¹¹ Hernández A. obtuvo 72.6% de varones y 27.4% mujeres;⁹ Plascencia J. obtuvo 72% varones y 28% mujeres;⁸ a nivel nacional en el boletín VIH-2021 los varones son un 75% y las mujeres un 25%; sin embargo, Neupane S. en Nepal obtuvo que el 58% eran mujeres y 42% varones.⁶ Ninguno de estos estudios diferenció a las personas transgénero de las personas cisgénero, ni incluyó a la población no binaria. Como conclusión la población de varones está más afectada por la infección del VIH. El género no se asocia debido a que los géneros tienen conductas que los diferencian.²² Generalmente se piensa que las mujeres son más responsables y tienen mas cuidado hacia su salud, pero este estudio muestra que los PVV de ambos géneros, no hay diferencia entre géneros.

El estado civil y la adherencia al TARV si se asocia con la adherencia al TARV, en este estudio, con una p de 0.00. El 82% de los PVV en este estudio, son solteros; el 10% son convivientes, el 6% divorciados, el 2% son casados y no hubo viudos. En donde hay más porcentaje en adherentes al TARV (28.6%) que tienen una pareja vs los que no tienen adherencia y que tienen pareja (0%). Y hay más porcentaje en no adherentes al TARV (100%) que no tienen pareja vs los no adherentes que no tienen pareja (71.4%). Por lo que se puede concluir que el tener una pareja (casados o convivientes) se asocia más a la adherencia al TARV y el no tener pareja se asocia más a la no adherencia al TARV (viudos, divorciados y solteros). Desde el punto de vista del investigador, el estar con una pareja estable ya sea casado o como conviviente, ayuda en la adherencia debido a que hay un compromiso de tener un buen tratamiento no solo con el PVV, sino también con la pareja, de cuidar a la pareja para evitar la transmisión de VIH, además el tener una sola pareja ayuda a disminuir el número de parejas sexuales, causa por la cual la mayoría de PVV se transmite el VIH.¹⁹

El tipo de pareja y la adherencia al TARV si se asocia con la adherencia al TARV, en este estudio, con una p de **0.014**. El 62% de los PVV son solteros, el 26% están con un varón, el 12% con una mujer.

En donde hay más porcentaje en adherentes al TARV (19%) que tienen una pareja mujer vs los que no tienen adherencia y que tienen una pareja mujer (6.9%). Y hay más porcentaje en no adherentes al TARV (69%) que no tienen pareja vs los no adherentes no tienen pareja (52.4%). Por lo que se puede concluir que el tener una pareja mujer se asocia más a la adherencia al TARV y el no tener pareja se asocia más a la no adherencia al TARV. Esto es debido a que las mujeres tienden a ser más dedicadas a la salud.¹⁹ por lo que estar involucrado con una mujer te ayuda de manera indirecta a poder ser más adherente, esto no quiere decir que en todos los casos se cumpla, sin embargo, es una cuestión estadística.

El número de hijos y la adherencia al TARV no se asocia con la adherencia al TARV, en este estudio, con una p de **0.637**; **donde** el 72% de los PVV en este estudio, no tienen hijos; el 16% tienen 1 hijo, el 12% tienen de 2 hijos a más. Donde se puede concluir que la mayoría de los PVV no tienen hijos. Por otro lado, en el estudio de Leyva-Moral,¹¹ si se encontró asociación con una p de 0.029, donde el 63.9% no tenía hijos, el 11.7% tenía un hijo, el 13.7 tenía 2 hijos y el 10.6% 3 hijos. En este estudio¹¹ llegaron a la conclusión que el tener hijos es un factor protector para la adherencia al tratamiento, debido a que deben de cuidar a sus hijos y deben ser responsables para mantenerse con buena salud. Regresando al estudio que se realizó, se puede concluir que el tener hijos no influye en la asociación con la adherencia al TARV y tienen otros motivos por los cuales ser adherentes al tratamiento. El lugar donde vive se asocia con la adherencia al TARV, en este estudio, con una p de **0.00**. El 78% de los PVV en este estudio, vive en la ciudad y el 22% vive lejos de la ciudad. En donde los que viven lejos de la ciudad tienen mayor porcentaje de adherencia (38%) en comparación con los que no tienen

adherencia (22%). Y los que viven en la ciudad tiene mayor porcentaje de no adherencia (89.7%) a diferencia de los que tienen adherencia (61.9%). Y Leyva-Moral lo comprueba también,¹¹ Por lo que se puede concluir que el vivir lejos de la ciudad se asocia más a la adherencia al TARV y el vivir en la ciudad se asocia más a la no adherencia al TARV. Al comparar con el estudio de Desde el punto de vista del investigador esta variable interviniente es debido a que generalmente el estilo de vida en una persona (de manera general) es afecta por el ambiente que lo rodea, es decir que si un PVV, el cual tiene que tener un estilo de vida adecuado y saludable, se ve tentado por el alcohol, comida chatarra/rápida, trabajo tiempo completo, tener poco tiempo para el cuidado personal, entre otros, tendrá una mala adherencia al tratamiento; sin embargo, también se puede analizar el factor de que no halla la suficiente accesibilidad para la recolección de medicamentos y el cumplimiento de la toma de medicamentos todos los días, porque la adherencia únicamente estudia si la toma de medicamentos es adecuada, mas no si el tratamiento está siendo efectivo o el acceso a la obtención de medicamentos.¹⁸

El grado de instrucción y la adherencia al TARV no se asocia con la adherencia al TARV, en este estudio, con una **p de 0.312**. El 42.5% de los PVV en este estudio, tienen estudios en nivel superior; el 18% técnico y el 12.9% primaria. El estudio desarrollado en Nepal,⁶ obtuvo como resultados 50.6% primaria completa, 16% secundaria completa y 33.4% analfabetos, sin presencia de asociación con una $p=0.22$). Por lo que podemos concluir que en ambos estudios el estado de instrucción no guardó relación con la adherencia al TARV, lo que quita el estigma de que los PVV que no tienen un grado de instrucción superior, no pueden tener una buena adherencia al TARV, que este factor no te predispone al consumo adecuado de TARV.¹⁹

La ocupación y la adherencia al TARV si se asocia con la adherencia al TARV, en el estudio, con una **p de 0.00**. El 21% son trabajadores independientes, el 35% trabajadores dependientes, el 12% está desempleado y el 2% tienen otros tipos de trabajo. En donde los desempleados tienen mayor porcentaje de adherencia (28.6%) en comparación con los que no tienen adherencia (22%). Y los trabajadores dependientes tiene mayor porcentaje de no adherencia (44.8%) a diferencia de los que tienen adherencia (21.4%). Por lo que se puede concluir que el ser desempleado se asocia más a la adherencia al TARV y ser trabajador dependiente se asocia más a la no adherencia al TARV. Se plantea que es debido a que tanto el trabajador independiente como el dependiente, está predispuestos a la mejora económico/social/política, por lo que invierten mucho tiempo en la realización de actividades para lograrlo, dejando de lado el cuidado de su salud, sobre todo en los trabajadores que están bajo presión de otros (trabajo dependiente), por otro lado los pacientes desempleados o que no tienen trabajo (estudiantes) tienen más tiempo para poder cuidar su salud y hacer más adherente el TARV;⁴⁰ en la encuesta FANTASTICO³⁰ el resultado mencionó que la mayoría (89% se sentía contento con el trabajo, pero que tenían la necesidad de estar muy ocupados (75%), pero que se sienten contentos con ello (60%), por lo que se

encontraban presionados en el trabajo, pero continuaban contentos con eso. Por otro lado, el ser un trabajador te hace una persona más responsable al actuar, por lo que es conveniente profundizar más en esta variable, incluyendo temas como: tipo de trabajo exacto, rutina diaria (horario), actividades en tiempo libre.

El tratamiento que recibe y la adherencia al TARV se asocia con la adherencia al TARV, en este estudio, con una **p de 0.00**. El 49.5% de los PVV en este estudio, reciben TDF+3TC+EFV; el 23.5% TDF+FTC+LPV, el 14.5% LPV+RTV, el 6.5% ABC+3TC+EFV y el 6.0% TDF+3TC+DOL. En donde los PVV que consumen TDF+3TC+DOL tienen mayor porcentaje de adherencia (14.3%) en comparación con los que no tienen adherencia (0%). Y los PVV que consumen LPV+RTV tiene mayor porcentaje de no adherencia (21.6%) a diferencia de los que tienen adherencia (4.8%). Por lo que se puede concluir que el ser que el consumir TDF+FTC+LPV se asocia más a la adherencia al TARV y consumir LPV+RTV se asocia más a la no adherencia al TARV. Comparándolo con el estudio de Leyva-Moral et al,¹¹ en el cual se medicaron con ZDV + 3TC + EFV un 34.4%, con TDF + 3TC + EFV 26%, con ABC + 3TC + EFV un 14.4%, con TDF + 3TC + ATV + RTV un 8.3% y otros 16.7% (p=0.08). Se puede observar que en esa muestra el tratamiento mas usado es el de ZDV + 3TC + EFV, el cual no se utiliza en ninguno de los pacientes de esta muestra, debido al cambio de esquema de tratamiento que se ha tenido los 2 últimos años, sin embargo, el segundo medicamento mas usado es el de TDF + 3TC + EFV, que en la muestra del estudio realizado es el medicamento más usado. Pero el más adherente en el estudio de Moral et al,¹¹ fue el TDF + 3TC + EFV con un 43.6%, de igual manera con el estudio recién realizado que los que más se relacionaron con la adherencia al TARV fue el nuevo esquema en el TARV, que ahora se utiliza como 1era línea, el 21.6% TDF+FTC+LPV¹⁵ de los cuales solo el 6% de la población lo esta consumiendo, su mayoría los que tienen <1 año de TARV (92%). Por lo cual podemos inferir que el nuevo TARV que se está dando según esquema de MINSA¹⁵ está haciendo que haya más adherencia al TARV, sin embargo, el esquema anterior (que aun se sigue usando), no deja de ser adherente.

El lugar de diagnóstico y la adherencia al TARV se asocia con la adherencia al TARV en este estudio, con una **p de 0.00**. En el cual se halló que un 76.0% de los PVV fueron diagnosticados en un hospital, el 14% en un centro privado, el 6% de manera ambulatoria y el 4% en un centro de salud. Se demostró que la mayoría es diagnosticada en un hospital, debido a complicaciones que presentaron. En donde los PVV que fueron diagnosticados en un centro privado tienen mayor porcentaje de adherencia (23.8%) en comparación con los que no tienen adherencia (6.9%). Y los PVV que fueron diagnosticados de manera ambulatoria tiene mayor porcentaje de no adherencia (10.3%) a diferencia de los que tienen adherencia (0%). En el estudio de Leyva-Moral et al, fueron diagnosticados 52.8% en un hospital, 32.8% en centro de salud, 8.9% en centro privado, 5.6% ambulatoriamente (p=0.035), presentando más adherencia en los diagnosticados en un centro (18% vs 0%), sin embargo, es la población con menos porcentaje, a diferencia del estudio

que se realizó recientemente. Por lo que se puede concluir que el ser diagnosticado en un centro particular se asocia más a la adherencia al TARV y ser diagnosticado de manera ambulatoria se asocia más a la no adherencia al TARV. Debido a que los PVV que se realizan chequeos constantes o están pendientes a su salud, buscan lugares y pagan para obtener resultados rápidos y más confidenciales, a diferencia de los PVV que fueron captados de manera ambulatoria, los cuales no estaban pendientes a su muestra, lo cual refuerza que la responsabilidad sigue siendo crucial para el cumplimiento del TARV.¹⁸

La carga viral no se asocia con la adherencia al TARV en este estudio, con una **p de 0.59**. En el cual el 64% de los PVV tienen una carga viral ≤ 40 y el 36% tiene una carga viral >40 (indetectable). De igual manera, en el estudio de Leyva-Moral et al, 45% tuvieron CV >40 cop/ml y ≤ 40 cop/ml un 55%. ($p=0.255$). Por lo cual, desde el punto del investigador, la razón de que no presente significancia es porque, el tener una buena adherencia al tratamiento (toma de medicamentos de manera adecuada) va hacer que la eficacia del tratamiento sea más adecuada¹⁹ pero eso no significa que al instante la carga viral se vuelve indetectable, es un proceso el cual toma meses en el caso haya sido diagnosticado de manera tardía, es por eso que se optó por tener 1 nuevo conjunto de datos que no estaba en la encuesta ni en el estudio de Leyva-Moral,¹¹ el cual evalúa si existe mejoría en la carga viral (si hay disminución entre el ultimo control y uno antes a este), o de lo contrario un aumento de la carga viral.

La mejoría o buen mantenimiento de la carga viral se asocia con la adherencia al TARV en este estudio, con una **p de 0.024**. En el cual un 52% de los PVV disminuyeron su CV o se mantuvieron en estado indetectable y el 48% aumentó la CV. En donde los PVV que han disminuido su carga viral o se han mantenido en estado indetectable tienen mayor porcentaje de adherencia (85.7%) en comparación con los que no tienen adherencia (20.7%). Y los PVV en los cuales aumentó la CV tienen mayor porcentaje de no adherencia (79.3%) a diferencia de los que tienen adherencia (14.3%). Por lo que se puede concluir que la disminución de la CV o el mantenimiento del estado indetectable se asocia más a la adherencia al TARV y el aumento de la CV se asocia más a la no adherencia al TARV. Desde el punto de vista del investigador esto se debe a que mientras más responsabilidad en el consumo adecuado del TARV, van a ver mejores resultados en la disminución de la carga viral.¹⁴ es por eso que era necesaria esta pregunta, para poder verificar si la adherencia al TARV se asociaba realmente a una adecuada carga viral.

Las células TCD4 no se asocian con la adherencia al TARV en este estudio, con una **p de 0.59**. En el cual el 50% de los PV tienen conteo de células TCD4 ≥ 500 cel/mm³, pero al mismo tiempo el otro 50% tienen conteo de células TCD4 <500 cel/mm³. En comparación con en el estudio de Leyva-Moral et al,¹¹ 46.7% tenían un nivel de TCD4 ≤ 500 , un 53.3% >500 y no se presentaba asociación ($p=0.638$) Al igual que la carga viral, se realizó una nueva casilla de preguntas sobre si hay aumento de las células TCD4, para de esta manera ver si progresivamente al inicio del TARV la cantidad de células iba mejorando.

La mejoría o buen mantenimiento de las células TCD4 se asocia con la adherencia al TARV en este estudio, con una **p de 0.003**. En el cual un 90% de los PVV tienen una mejora en el conteo de células TCD4 y el 10% no tienen una mejora en el conteo de células TCD4. En donde los PVV que han aumentado el conteo de células TCD4 tienen mayor porcentaje de adherencia (91.1%) en comparación con los que no tienen adherencia (85.7%). Y los PVV en los cuales disminuyó el conteo de células TCD4 tienen mayor porcentaje de no adherencia (14.3%) a diferencia de los que tienen adherencia (6.9%). Por lo que se puede concluir que el aumento de las células TCD4 se asocia más a la adherencia al TARV y la disminución de las células TCD4 se asocia más a la no adherencia al TARV. Desde el punto de vista del investigador esto se debe a que mientras más responsabilidad en el consumo adecuado del TARV, van a ver mejores resultados en el aumento de las células TCD4.¹⁴ es por eso que era necesaria esta pregunta, para poder verificar si la adherencia al TARV se asociaba realmente tener un adecuado conteo de células TCD4.

Los años desde el diagnóstico sin tratamiento y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.291**, por lo que los años desde el diagnóstico sin tratamiento en la muestra de estudio, no se asocia con la adherencia al TARV. El 52% de los PVV en este estudio tuvieron <1 año desde el diagnóstico sin tratamiento y un 48% tuvieron ≥1 año desde el diagnóstico sin tratamiento. De igual manera, en el estudio de Leyva-Moral et al,¹¹ presentaron mayor porcentaje los que en menos de 1 año del diagnóstico de VIH comenzaron el TARV, con 75% y un 25% de PVV que no recibieron TARV por ≥ 1 año desde el diagnóstico, este estudio tampoco tuvo asociación de los años del diagnóstico sin TARV y la adherencia al TARV (p=0.6). Debido a que el tiempo que pasó no afecta en el presente para el consumo de los medicamentos, sin embargo, también se piensa que depende del grado del diagnóstico, mientras más tardío, más complicaciones puede presentar el PVV, pero esto afecta más a la eficacia del TARV, no al TARV.²⁰

Los años viviendo con VIH y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.121**, por lo que los años viviendo con VIH en la muestra de estudio, no se asocia con la adherencia al TARV. El 14% de los PVV en este estudio tienen <1 año viviendo con VIH y un 86% tienen ≥1 año viviendo con VIH. Al igual que en el estudio de Leyva-Moral et al,¹¹ donde 78.3% viven ≥ 1 con VIH, un 21.7% < 1 año y tampoco se encontró asociación con la adherencia al TARV (p=0.09). En comparación con el estudio de Nepal,⁶ que determinó que aquellos que tenían más de 3 años viviendo con VIH, tenían 10 veces más probabilidades de tener una adherencia óptima en comparación con aquellos cuya duración de la infección por el VIH es menos de 3 años (AOR = 10.055 CI: 2.383–42.430). Lo que es debido a que ya tienen una costumbre diaria al consumir el medicamento y se convierte en un hábito.⁶ Por lo cual se puede deducir que en estas 2 muestra realizadas en Perú no tuvieron adherencia con la edad, debido a que los participantes de estas

muestras a pesar de tener años con el TARV siguen teniendo una mala practica de adherencia al TARV.

El tiempo de tratamiento se asocia con la adherencia al TARV con una **p de 0.006**, Donde el 76% de los PVV en este estudio tienen un tiempo de tratamiento ≥ 1 año y solo un 24% tienen un tiempo de tratamiento < 1 año. Hay más porcentaje de adherencia (85.7%) en PVV que tienen ≥ 1 año en TARV vs los que no tienen adherencia (69%). Y hay más porcentaje de no adherencia (31%) en PVV que tienen < 1 año en TARV vs los adherentes (14.3%). El resultado va de la mano con el estudio de Leyva-Moral et al,¹¹ un 67.8% toma TARV por más de 1 año, 32.2% toma TARV menos de 1 año y si presenta adherencia al TARV con una p de 0.005, donde un 44.8% de los que recibieron TARV en ≥ 1 año se asocia a la adherencia y un 40.2% de los que recibieron TARV en < 1 año se asocia a la adherencia, por lo que ambos estudios se asocian al TARV y hay mayor adherencia en los que reciben TARV por mas de un año. Esto es debido a que los PVV ya adquirieron una costumbre para consumir los medicamentos de manera adecuada.¹⁸

La ruta de transmisión y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.001**, por lo que la ruta de transmisión en la muestra de estudio, se asocia con la adherencia al TARV. El 48% de los PVV en este estudio desconocen la ruta de transmisión de infección, el 36% tuvo una transmisión homosexual y el 16% una transmisión heterosexual. Hay más porcentaje de adherencia (57.1%) en PVV que desconocen la ruta de infección vs los que no tienen adherencia (41.4%). Y hay más porcentaje de no adherencia (24.1%) en PVV que refirieron haber tenido una ruta de transmisión heterosexual, en comparación con los adherentes (4.8%). Hay mas adherencia en aquellos que no saben cual fue la ruta de transmisión, y menos adherencia en los que se transmitieron por vía heterosexual. Según referencias bibliográficas, la ruta de transmisión mas frecuente es la sexual, donde predomina la genito-anal, que generalmente la tienen los varones homosexuales,¹⁵ sin embargo en esta encuesta la mayoría respondió no saber como haberse transmitido el VIH, por lo que podemos inferir 2 cosas: que se avergüencen de responder con la verdad en este ítem o que realmente no sepan cual es la vía de transmisión. Sin embargo, el 72% de PVV entre bisexuales y homosexuales refieren no saben la ruta de transmisión y un 35% de heterosexuales tampoco lo saben. Por lo que debería haber otro método de recolección de este dato, como preguntando: ¿con quien crees que se transmitió el VIH, con hombre, mujer, ambos, por otra ruta? ¿qué ruta?

El género con el que se tuvo relaciones sexuales los últimos 6 meses y la adherencia al TARV, no son significativos, con una **p de 0.143**, por lo que el género con el que se tuvo relaciones sexuales los últimos 6 meses en la muestra de estudio, no se asocia con la adherencia al TARV. El 40% de los PVV en este estudio tuvieron relaciones sexuales con hombres, el 22% no tuvo relaciones sexuales, el 20% tuvo con ambos géneros y el 18% con mujeres. Esta pregunta se diferencia de la de pareja actual y estado civil, debido a que el estado civil no incorpora de

manera exclusiva si es que está con una pareja, y la pareja actual es diferente al tener relaciones sexuales con una persona, porque quizás pudo haber una infidelidad o simplemente no tener pareja e ir teniendo relaciones sexuales con otras personas. Las relaciones sexuales con otras personas, no influyen en el cambio en mejoramiento para la adherencia al TARV.

El uso de preservativo en relaciones sexuales y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.000**, por lo que el uso de preservativo en relaciones sexuales, se asocia con la adherencia al TARV. El 56% de los PVV en este estudio usa siempre el preservativo, el 36% usa casi siempre, el 8% usa a veces y 0% nadie. Hay más porcentaje de adherencia (76.2%) en PVV utilizan siempre preservativo vs los que no tienen adherencia (41.4%). Y hay más porcentaje de no adherencia (58.6%) en PVV no usan siempre el preservativo vs un 23.8% que son adherentes. El uso de preservativo demuestra la responsabilidad sexual y de salud que un PVV tiene, es por eso que se relaciona a la adherencia al TARV, debido a que se cuidan ellos mismos y a la pareja con la que tiene relaciones sexuales.

Las comorbilidades y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.000**, por lo que las comorbilidades, se asocian con la adherencia al TARV. El 56% de los PVV en este estudio no presentó comorbilidades, el 12% depresión, un 10% ansiedad, otro 10% enfermedad pulmonar y un 4% Acarosis. Hay más adherencia al TARV cuando los PVV no presentan comorbilidades (61.9%). Hay más porcentaje de adherencia (23.8%) en PVV con diagnóstico de ansiedad vs los que no tienen adherencia (0%). Y hay más porcentaje de no adherencia (20.7%) en PVV con diagnóstico de depresión vs un 0% que son adherentes. En el estudio de Leyva-Moral et al,¹¹ la depresión fue más prevalente con 42.2% y si se obtuvo adherencia al TARV, con un p de 0.06. Dentro del estudio realizado el 2 porcentaje con mayor prevalencia es la depresión, por lo que en ambas poblaciones la depresión es la comorbilidad mas presentada en PVV, y esto influye en la adherencia al TARV con un 20.7%. Por lo que debería abordarse la terapia psicológica/psiquiátrica a mayor profundidad en PVV.

Las enfermedades oportunistas se asocian con la adherencia al TARV con una **p de 0.000**. El 72% de los PVV en este estudio no presentó enfermedades oportunistas, el 20% herpes zoster, un 6% tuberculosis y un 2% candidiasis. Hay más porcentaje de adherencia (77.4%) en PVV que no han tenido enfermedades oportunistas vs los que no tienen adherencia (63.1%). Y hay más porcentaje de no adherencia (10.5%) en PVV que han tenido tuberculosis vs un 3.2% que son adherentes. En el estudio de Leyva-Moral et al, 44.4% tuvieron una infección oportunista y 55.6% no, donde 18% presentó tuberculosis, si existe asociación con la adherencia al TARV (0.0265). En ambos la enfermedad oportunista más prevalente es la tuberculosis,¹² por lo que se deduce que el haber tenido tuberculosis se asocia a que no haya una adherencia correcta y del otro lado, el no haber presentado alguna enfermedad oportunista favorece a la adherencia al TARV.

Las enfermedades de transmisión sexual y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.000**, por lo que las enfermedades de transmisión sexual, se asocian con la adherencia al TARV. El 56% de los PVV en este estudio no presentó enfermedades de transmisión sexual, el 28% tuvo sífilis, un 10% condilomas y el 6% tuvo otras ETS. Hay más porcentaje de adherencia (71.4%) en PVV que han tenido ETS vs los que no tienen adherencia (44.8%). Y hay más porcentaje de no adherencia (17.2%) en PVV que han tenido condiloma vs un 0% que son adherentes. Se puede observar que la enfermedad sexual mas prevalente en PVV es la sífilis, que también es la mas prevalente en pacientes que no viven con VIH,¹⁸ es por eso que dentro del programa de atención para el diagnostico de VIH, también se solicita una prueba RPR para el descarte de VIH. Hay mas adherencia al TARV en PVV que no han tenido enfermedades de transmisión sexuales, sin embargo, en el ítem no se especifica si fue durante el TARV, por lo que en futuros estudios debería ser más específico.

Las RAM's y la adherencia al TARV, son significativas, con una **p de 0.001**, por lo que las RAM's, se asocian con la adherencia al TARV. El 70% de los PVV en este estudio tuvo RAM's durante el TARV, el 30% no tuvo RAM's durante el TARV. Hay más porcentaje de adherencia (42.9%) en PVV que no han tenido RAM's durante el TARV vs los que no tienen adherencia (20.7%). Y hay más porcentaje de no adherencia (79.3%) en PVV que han tenido RAM's durante el TARV vs un 57.1% que son adherentes. Que va de la mano con el estudio de Leyva-Moral et al, donde el 51% tuvieron RAM's, 48.9% no y si hubo una asociación con adherencia al TARV (p=0.012).

Las acciones tomadas contra RAM's se asocian con la adherencia al TARV, con una **p de 0.009**. Donde el 48% de los PVV en este estudio preguntó al médico, el 46% continuó tomando y el 6% paró de consumir. Hay más porcentaje de adherencia (52.4%) en PVV que preguntaron al médico vs los que no tienen adherencia (44.8%). Y hay más porcentaje de no adherencia (10.3%) en PVV que dejaron de consumir su TARV vs un 0% que son adherentes.

Por lo que se concluye que el preguntar sobre algún efecto adverso al médico se asocia a una buena adherencia al TARV y aquellos que dejaron de consumir los medicamentos se asocian a una mala adherencia. Esta asociación es de manera directa, debido a que el tomar medicamentos a las horas y los días que corresponde, forma parte de la adherencia al TARV, debido a que es uno de sus criterios, por lo que, si no se consumen o dejan de consumir, ya no se está cumpliendo con la adherencia.³³

El abandono por >30d en este año no se puede asociar a la adherencia al TARV en este estudio debido a que tienen una **p no detectable**, por lo que el abandono por >30d en este año no tiene con quien asociarse. El 90% de los PVV que no abandonaron el TARV por más de 30 días en este año, son adherentes y el otro 10% son no adherentes.

El abandono de tratamiento se asocia con la adherencia al TARV, con una **p de 0.00**. El 88% de los PVV en este estudio no abandonaron el TARV en cualquier momento, el 12% abandonó el TARV en cualquier momento. Hay más porcentaje de adherencia (100%) en PVV que no abandonaron el TARV vs los no adherentes (79.3%). Y hay más porcentaje de no adherencia (20.7%) en PVV que si abandonaron el TARV vs un 0% que son adherentes. Por lo que se concluye que hay asociación a la adherencia del TARV si no abandonas el esquema de TARV, a diferencia de que si hay un abandono se asocia a la no adherencia. Esto es debido a que la adherencia al TARV necesita que se cumplan de manera estricta el consumo adecuado de medicamentos.³³

El tiempo de abandono de TARV se asocia con la adherencia al TARV, con una **p de 0.00**. En donde el 70% de los PVV en este estudio nunca abandonaron el TARV, el 24% abandonó el TARV de 1-9 días y el 6% lo abandonó por >30 días. Hay más porcentaje de PVV adherentes (85.7%) que nunca abandonaron el TARV vs los no adherentes que no abandonaron (58.6%). Y hay más porcentaje en PVV no adherentes (31%) que abandonaron de 1-9 días vs un 14.3%% que son adherentes que abandonaron de 1-9 días. El 100% abandonó el TARV por mas de 30d, hace mas de un año Por lo que se concluye que el abandonar el TARV se asocia a una no adherencia al TARV y el nunca abandonar el TARV a la adherencia al TARV. Esta idea se sustenta de igual manera que los enunciados de arriba.³³

La razón de abandono del TARV se asocia con la adherencia al TARV, con una **p de 0.00**. En donde el 70% de los PVV en este estudio nunca abandonaron el TARV, el 14% abandonó el TARV porque se olvidó de la toma, el 10% por presentar RAM's y el 6% porque viajó. Hay más porcentaje de PVV adherentes (85.7%) que nunca abandonaron el TARV, en comparación a los no adherentes que no abandonaron (58.6%). Y hay más porcentaje en PVV no adherentes (24.1%) que abandonaron el TARV porque se olvidaron, en comparación de un 0% que son adherentes y abandonaron el TARV porque se olvidaron. Se vuelve a sustentar que el no dejar el consumo de medicamentos se asocia a una buena adherencia al TARV y el olvidarse de tomar los medicamentos se asocia a la no adherencia al TARV.³³

El consumo de alcohol se asocia con la adherencia al TARV, con una **p de 0.00**, En donde el 58% de los PVV en este estudio no consumen alcohol y el 42% si lo consume. Hay más porcentaje de PVV adherentes (75%) que no consumen alcohol, en comparación a los no adherentes que no consumen alcohol (45.7%). Y hay más porcentaje en PVV no adherentes (54.3%) que consumen alcohol, en comparación de los adherentes (25%) que consumen alcohol. Por lo que se concluye que el no consumo de alcohol se asocia a la adherencia al TARV y el consumo de alcohol se asocia a la no adherencia al TARV. Debido a que el alcohol causa inmunosupresión del sistema inmunológico y además actúa a nivel hepático, inhibiendo las funciones de metabolismo de los antirretrovirales.¹⁵

El conocimiento de la familia del estado serológico del paciente se asocia con la adherencia al TARV, con una **p de 0.00**. Donde el 59% de los familiares de los PVV en este estudio saben de su estado serológico y el 41% no lo sabe. Hay más

porcentaje de familiares de PVV adherentes (76.2%) que saben del estado serológico del PVV, en comparación a los no adherentes que no saben del estado serológico (46.6%). Y hay más porcentaje de familiares de PVV no adherentes (53.4%) que no saben del estado serológico del PVV, en comparación a los adherentes que no saben del estado serológico (23.8%). Por lo que se concluye que el comunicar sobre el estado serológico del PVV a los familiares se asocia a una buena adherencia y el no comunicarlo se asocia a una mala adherencia al TARV. Esto se debe a que la familia forma parte del diagnóstico, ayudándolo en la alimentación, el cuidado, el aseo, el consumo adecuado de sus medicamentos, por lo que recibe mas apoyo y cariño de la familia.

El conocimiento de los amigos del estado serológico del paciente y la adherencia al TARV, son significativos, con una **p de 0.00**, por lo que el conocimiento de los amigos del estado serológico del paciente, se asocia con la adherencia al TARV. El 50% de amigos de los PVV en este estudio saben de su estado serológico y el 50% no lo sabe. Hay más porcentaje de amigos de PVV adherentes (66.7%) que saben del estado serológico del PVV, en comparación a los no adherentes que no saben del estado serológico (37.9%). Y hay más porcentaje de amigos de PVV no adherentes (62.1%) que no saben del estado serológico del PVV, en comparación a los adherentes que no saben del estado serológico (33.3%). Por lo que se concluye que el comunicar sobre el estado serológico del PVV a los amigos se asocia a una buena adherencia y el no comunicarlo se asocia a una mala adherencia al TARV. Esto se debe a que los amigos forman parte también del diagnóstico (al igual que la familia), ayudándolo de manera más anímica, cuidándolo de tentaciones y riesgos que puedan cometer, de los cuales la familia no está enterada.

La tabla arroja un resultado en el que el 58% de la muestra estudiada del Hospital Belén de Trujillo estuvo satisfecha con la encuesta, el 42% no estuvo ni satisfecha ni insatisfecha, por otro lado, ningún PVV estuvo insatisfecho con la encuesta. El lograr la satisfacción mayoritaria en esta encuesta fue debido a la buena comunicación y entendimiento de médico-paciente, debido a que se creó un compromiso para mejora de la adherencia al TARV por parte del paciente, siendo sinceros al llenar la encuesta.

Las Limitaciones del estudio que se presentaron fueron que la metodología únicamente se basaba en la asociación, mas no en la búsqueda de factores de riesgo, ni se protección, por lo que en futuros estudios sería recomendable profundizar en estos temas. Otra limitación fue el difícil acceso para poder entrevistar a los PVV de manera formal, debido a que el permiso de desarrollo de tesis, se demoró un mes, debido a que los jefes de servicio querían mejorar el método de recolección de datos y el estudio. Otra limitación fue la pandemia por SarsCov2, debido a que dificultó un poco el acceso a los PVV para las entrevistas, sin embargo, el temor a la infección por Covid ha disminuido en la población.

VI. CONCLUSIONES:

- Existe asociación entre la orientación sexual y estilos de vida con la adherencia al TARV, con un p de 0.022.
- En la orientación sexual de los PVV en el hospital Belén de Trujillo existe un 38% de homosexuales, un 38% de bisexuales y un 24% de heterosexuales.
- En los estilos de vida de los PVV en el hospital Belén de Trujillo se halló un 54.5% con buen estilo de vida, 25.5% con regular estilo de vida y 20% con mal estilo de vida.
- En la adherencia al TARV de los PVV en el hospital Belén de Trujillo se obtuvo que el 42% es adherente al TARV y un 58% no lo es.
- La orientación sexual si se asocia con la adherencia al TARV, con una p de 0.00.
- Los estilos de vida si se asocian con la adherencia al TARV con una p de 0.022.
- No existe asociación entre adherencia al TARV con edad, el género, el número de hijos, el grado de instrucción, la carga viral, el conteo de células TCD4, los años desde el diagnóstico sin tratamiento, los años viviendo con VIH, el género con el que se tuvo relaciones sexuales los últimos 6 meses, con una $p > 0.05$. Por otro lado, existe asociación entre adherencia al TARV con el estado civil, el tipo de pareja, lugar donde vive, ocupación, tratamiento que recibe, lugar de diagnóstico, mejoría de la carga viral, mejoría del conteo de células TCD4, el tiempo de tratamiento, la ruta de transmisión, uso de preservativos, comorbilidades, enfermedades oportunistas, ETS, RAM's, acciones tomadas contra los RAM's, abandono de tratamiento $> 30d$, abandono en cualquier momento, tiempo de abandono, razón de abandono, consumo de alcohol, conocimiento de la familia del estado serológico, conocimiento de estado serológico de parte de los amigos con una $p < 0.05$

VII. RECOMENDACIONES:

En futuros estudios:

- no evaluar a la persona como sexo, sino como género, debido a que así será más específica la diferenciación de poblaciones y el estudio será más inclusivo
- preguntar si existe motivación para la adherencia al TARV y cuál es el motivo de adherencia, si tiene apoyo de quienes lo rodean, la cantidad de ingresos al mes, tiempo libre, lugar de residencia; horas de trabajo, tipo de trabajo exacto, rutina diaria (horario), actividades en tiempo libre, especificar si la transmisión de ETS fue durante el TARV.

A nivel preventivo:

- Aumentar las medidas de prevención: uso de preservativo en todas las relaciones sexuales, compartir información en colegios y de manera ambulatoria en eventos sociales.
- Se debe realizar en todo tipo de poblaciones, pero según este estudio hay que enfatizar en: heterosexuales, aquellos con un mal estilo de vida, de 15-30 años, varones, que viven en la ciudad, que recién comienzan su TARV, modificar los tratamientos por algunos más adherentes, pacientes con problemas psicológicos/psiquiátricos.

REFERENCIAS

1. Irsi Caixa. VIH/SIDA en el mundo. (Internet) 2019. (citado el 9 de octubre del 2020). Disponible en : <https://www.irsicaixa.es/es/sobre-nosotros/vihsida-en-el-mundo>.
2. RBOS: ONUSIDA. El SIDA en cifras. (Internet). 2020. (citado el 9 de octubre del 2020). Disponible en : <https://www.unaids.org/es>.
3. RB1: MINSA. Sala situacional VIH/SIDA: Casos de infección por VIH notificados, según año de diagnóstico y DIRESA notificante. (internet). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades(C-DC). Perú. 7 de octubre 2020. (Citado el 9 de octubre del 2020). Disponible en: https://www.dge.gob.pe/vih/sala/index/fig1_Curvavih2/147.
4. RB2: MINSA. Boletín epidemiológico del Perú: análisis y situación de salud. CDC. Perú. 2019; VOLUMEN 28 - SE 33. (citado el 9 de octubre del 2020). Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/33.pdf>.
5. RBOMS : OMS. VIH/SIDA. (Internet) . 26 de Julio del 2020. (citado: 23/10/2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
6. Neupane S, Prasad G, Chandra H. Adherence to antiretroviral treatment and associated factors among people living with HIV and AIDS in Chitwan, Nepal. 2019, junio 10; vol.19 (1). (citado: 23/10/2020). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31182074/>. PMID: 31182074
7. Logie C, et al. Diferencias de orientación sexual en la salud y el bienestar de las mujeres que viven con el VIH en Canadá: resultados de un estudio de cohorte nacional. Pubmed. 2018, junio. 22 (6). (citado:23/10/2020). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28444470/>. PMID: 28444470
8. Plascencia J, Chan E, Salcedo J. Predictive Psychosocial Variables of Non-Adherence to Antiretrovirals in People with HIV-AIDS. Rev. CES Psico. 2019.vol12(3). pp67-79. ISSN: 2011-3080. (citado el 24/10/2020). Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4671/3066>.
9. Hernandez A, Rodriguez T, Duran T, Vásquez L, Gutierrez G, Castillo G. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. Rev Enferm

- Inst Mex Seguro Soc. 2013; vol 21 (2). Pp. 85-90. (citado el 24/10/2020). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim132e.pdf>
10. RB: Muñoz R. Structural stigma, adherence to antiretroviral treatment and organizational culture of care in hospital care in HIV and AIDS in Guayaquil, Ecuador. SCIELO. 2018 ENE-ABR; vol15. (citado el 24/10/2020). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-00632018000100311&script=sci_arttext
 11. Leiva-Moral, et al. Adherencia a la terapia antirretroviral y factores asociados en personas que viven con VIH / SIDA en el norte de Perú: un estudio transversal. PubMed. 28 de agosto de 2019; 16 (1): 22. (citado el 18/07/2021). Disponible en: <https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-019-0238-y>
doi: 10.1186 / s12981-019-0238-y.
 12. RBOMS: OMS. VIH/sida. 2020 de julio 6. (citado el 24/10/2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
 13. Kasper D, et al. Harrison principios de medicina interna. Mc Graw Hill. 19 ed. 2015; vol 2 : pp1215-1247. . (citado el 24/10/2020).
 14. CDC. El SIDA y las infecciones oportunistas. (citado el 24/10/2020). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
 15. MINSA. Norma técnica de salud de atención integral dl adulto con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). 2018 abril. Pp23-26. (citado el 24/10/2020). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>
 16. MINSA. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Resolución ministerial. [Internet]. 2020. (Citado el 18/05/2021). Disponible: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF>
 17. OMS. Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA. [Internet]. Noviembre 2017. (Citado el 18/05/2021). Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/71/es/>
 18. Betancourt J. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos. Rev Cubana Med Gen Integr. Cuba. [Internet]. 2018 septiembre; vol.34 no.3. (Citado el 19/05/2021). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

[21252018000300010&lng=es&nrm=iso#:~:text=No%20existe%20una%20defini%20ci%C3%B3n%20universalmente,que%20permita%20mantener%20el%20cumplimiento](https://www.gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf)

19. Ministerio de sanidad. Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral. GeSIDA. 2020 feb. Pag 8. (citado el 24/10/2020). Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf
20. MINSA. Norma técnica de salud para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por covid-19 en el Perú. 2020. Pp.62. (citado el 18/07/2021). Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1097064/rm_306-2020-minsa.pdf
21. Hochstatter K, et al. Potential Influences of the COVID-19 Pandemic on Drug Use and HIV Care Among People Living with HIV and Substance Use Disorders: Experience from a Pilot mHealth Intervention. Springer. [Internet]. USA: Wisconsin. 2021, Julio 3. (Citado el 14/05/2021). Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10461-020-02976-1.pdf>
22. Michael J, Vasey P, Diamond L. Sexual Orientation, Controversy, and Science. SAGE journals. 2016 abril, 15. (Citado el 24/10/2020). Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1529100616637616?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&.
23. Naciones Unidas Derechos Humanos. Orientación sexual e identidad de género en el derecho internacional de los derechos humanos. (citado el 25/10/2020). Disponible en: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/11/orentaci%C3%B3n-sexual-e-identidad-de-g%C3%A9nero2.pdf>
24. Michaels D Storms. Theories of sexual orientation. Journal of personality and social psychology. 1980. vol. 38. No 5, 783-792. (citado el 25/10/2020). Disponible en: http://williamapercy.com/wiki/images/Theories_of_sexual_orientation.pdf
25. Córdoba R, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. Elsevier. 2018 mayo; vol 50 (1): pp 29-40. (citado el 25/10/2020). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836940/>.

26. RB Hernández R, Fernández C, Baptista M. (2010). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill. (citado el 25/10/2020)
27. Espinoza E. Tipos de muestreo. Universidad de Investigación Científica. [Internet]. Honduras. 2016. (Citado el 11/06/2021). Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/Embarazo/Tipos.de.Muestreo.Marzo.2016.pdf>
28. Anguita C, Repullo J, Donado J. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). 2003 mayo; vol 31 (8): 527-538. (citado el 23/10/2020). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-encuesta-como-tecnica-investigacion--13047738>
29. García T. El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. 2003 marzo. pag. 3. (citado el 23/10/2020). Disponible en: http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf
30. Ramírez R, Agredo R. Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Rev. salud pública. 2012 marzo 3, vol 14 (2): 226-237, 2012. (citado el 25/10/2020). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n2/v14n2a04.pdf>
31. Villar M, et al. Análisis de la confiabilidad del test fantástico para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa “reforma de vida” del seguro social de salud (EsSalud). Essalud. 2016. (citado el 28/04/2021). Disponible en: <https://www.rpmi.pe/ojs/index.php/RPMI/article/viewFile/15/11>
32. Cordier JF, Cottin V. Orphan lung diseases from definition to organisation of care. In: Cottin V, Cordier JF, Richeldi L, editors. Orphan lung diseases: a clinical guide to rare lung disease. London, Springer-Verlag; 2015. p. 1-3. (citado el 25/10/2020). Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
33. Pagès N, Vallverde M. Methods to assess medication adherence. Ars Pharm. 2018; vol 59(3): pp.170. (citado el 25/10/2020). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf>
34. Asociación médica mundial. Declaración de helsinki de la AMM – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017 mayo. (citado el 25/10/2020). Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion->

[de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/](#)

35. MINSA. Situación epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú. 2021 febrero. (citado el 12/12/2020). Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2021/febrero.pdf
36. PubMed. Trends in HIV diagnoses, HIV care, and uptake of antiretroviral therapy among heterosexual adults in England, Wales, and Northern Ireland. 2014 Abril; 41 (4): 257-65. (citado el 12/12/2020). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24622638/>
37. Najarro, D.; Palomino, A.; Paredes, Y. Estilo de vida del paciente adulto que vive con VIH y recibe tratamiento antirretroviral ambulatorio en un hospital nacional de Lima. Perú: universidad peruana Cayetano Heredia. 2015. (citado el 12/12/2020). Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/210>
38. Julca, R. y Robles, L. Estilos de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH de un hospital de Ferreñafe. 2017. Perú. (citado el 12/12/2020). Disponible en: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1672>
39. Guell A. La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social. 2010. Costa Rica. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/64/art2.htm#>
40. Jimenez R., et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH: todavía queda mucho por hacer. 2017. España: Hospital General Universitario de Castellón. (Citado el 16/12/2021). Disponible en: <https://www.ilaphar.org/adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-en-pacientes-vih-todavia-queda-mucho-por-hacer/>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	CLASES	ESCALA DE MEDICIÓN
V1: Orientación sexual	Es la atracción emocional y/o sexual que se siente hacia otra persona, ya sea de diferente sexo/género, del mismo, ambos o ninguno. ²⁴	Su clasificación es según cada PVV se considere	Respuesta del paciente a la pregunta N2 del cuestionario PVVVIH-PRO	<ul style="list-style-type: none"> • Heterosexual • Homosexual • Bisexual 	Cualitativa nominal
V2: Estilos de vida	Es la sensación que cada persona observa a su alrededor, según su contexto cultural y como los expresa en relación a las decisiones que toman. ²⁵	Se evalúa mediante el test FANTASTICO	<ul style="list-style-type: none"> • 0-72: Malo, debes de mejorar • 73-84: Regular, estas bien. • 85-120: Bueno, tienes un estilo de vida Fantástico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Malo • Regular • Bueno 	Cualitativa nominal
V3: Adherencia al tratamiento antirretroviral	Es el grado en el que el paciente tiene una respuesta positiva cuando consume su tratamiento de manera adecuada, según sus hábitos de vida y la responsabilidad que manejan. ¹⁸	Se identifica a la adherencia al tratamiento antirretroviral mediante el test SMAQ: específico para VIH	No es adherente si: P1: sí P2: no P3: sí P4: sí P5: C, D o E; P6: ≥ 2 días.	<ul style="list-style-type: none"> • Adherente • No adherente 	Cualitativa nominal

ANEXO 2**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS****ESTILOS DE VIDA: FANTASTICO³¹**

FANTASTICO	ITEMS	CASI NUNCA	A VECES	SIEMPRE
Familia y amigos	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí			
	Doy y recibo cariño			
	Digo buenos días, perdón, gracias o lo siento			
Actividad física, asociativa	Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o sociales.			
	Realizo actividad física por 30 min			
	Camino al menos 30 min diariamente			
Nutrición y alimentación	Como dos porciones de frutas y tres de verduras			
	Consumo poca azúcar, sal, comida chatarra, o grasas			
	Tengo un peso ideal			
Tabaco, dependencia	No fumo cigarrillos			
	No dependo del cigarro			
	Uso medicamentos con prescripción médica			
Alcohol	No bebo alcohol			
	Bebo ocho vasos con agua cada día			
	Prefiero jugos y agua que: té, café, cola, gaseosa			

Sueño y estrés	Duermo bien y me siento descansado			
	Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida			
	Me relajo y disfruto mi tiempo libre			
Trabajo y personalidad	Realizo todo con tranquilidad			
	Me siento feliz normalmente			
	Me siento contento con mi trabajo y actividades			
Introspección	Soy un pensador positivo			
	Me siento relajado o sin estrés			
	Me siento motivado conmigo			
Control de salud, sexualidad	Me realizo controles de salud en forma periódica			
	Converso con mi pareja o familia aspectos de sexualidad			
	En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja			
Otros	Como peatón, pasajero del transporte público, sigo las reglas			
	Uso cinturón de seguridad			
	Tengo claro el objetivo de mi vida			

Donde sí marca “casi nunca” el puntaje es de 0; si marca “a veces” el puntaje será de 1, y si marca “Siempre” el puntaje es de 2. El puntaje final, se multiplica x 2, el cual obtiene un rango de puntajes de 0-120. Este rango de categorías está clasificado en las siguientes categorías:

- 0-72: Malo, debes de mejorar
- 73-84: Regular, estas bien.

- 85-120: Bueno, tienes un estilo de vida Fantástico.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: SMAQ³³

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	

Se considera que el paciente no es adherente si responde 1 o más de las preguntas cualitativas de la siguiente forma: en la 1, sí; en la 2, no; en la 3, sí; y en la 4, sí. O No es adherente si en la pregunta 5 y 6 responde una o más así: en la pregunta 5 responde C, D o E; o si en la pregunta 6 responde más de 2 días.

- No adherente, debes mejorar
- Adherente, felicitaciones continúa así

La pregunta 5 se puede utilizar de manera semicuantitativa, debido a que:

- A: 95-100%
- B: 85- 94%
- C: 65-84%
- D: 30-64%
- E:< 30%

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO: PVVIH-PRO¹¹

PVVIH-PRO						
N	EDAD	<15años	15-30	31-45		>46
1	Género	Varón cis	Mujer cis	Varón trans	Mujer trans	No binario
2	Orientación sexual	Homosexual	Heterosexual		Bisexual	
3	Estado civil	Soltero	Conviviente	Casado	Divorciado/viudo	
4	Pareja actual	No tiene		Hombre	Mujer	
5	Número de hijos	0	1	2	≥3	
6	Lugar donde vive	Ciudad			Lejos de la ciudad	
7	Nivel de estudios (finalizados)	Primaria	Secundaria	Técnico superior		Superior
8	Ocupación	Independiente	Trabajador	Estudiante	Desempleado	En casa u Otro
9	Prescripción de tratamiento	Zidovudina + Lamivudina + efavirenz				
		Tenofovir + Lamivudina + efavirenz				
		Abacavir + Lamivudina + efavirenz				
		Tenofovir + Lamivudina + atazanavir + ritonavir				
		Otro ¿cuál?				
10	Lugar de diagnóstico	Hospital	Centro de atención primaria	Privado	Ambulatorio	
11	Última Carga viral	>40			<40	

12	¿Hubo mejora en la Carga viral?	SI		NO		
13	Último Nivel de CD4	<300		>300		
14	¿Hubo mejora en los CD4?	SI		NO		
15	Años desde el diagnóstico sin tratamiento	≥1		<1		
16	Años viviendo con VIH	≥1		<1		
17	Años tomando tratamiento	≥1		<1		
18	Ruta de transmisión	Sexual homosexual	Sexual heterosexual	Desconocida	Transfusión	
19	Los últimos 6 meses tuvo sexo con:	Hombres	Mujeres	Ambos	Ninguno	
20	Uso de condón en encuentros sexuales	Nunca	a veces	Casi siempre	Siempre	
21	Fue diagnosticado con las siguientes comorbilidades:	Depresión	Enf pulmonar	Gastritis	Ansiedad	Acarosis
		Si	Si	Si	Si	Si
		No	No	No	No	No
22	Enfermedad Oportunista	Tuberculosis	Si		No	
		Herpes Zoster	Si		No	
		Candidiasis	Si		No	
		Criptococosis	Si		No	
		Coccidiosis	Si		No	

23	Enfermedades de transmisión sexual que ha tenido	Sífilis	Condilomas	Otro	Ninguno
24	Reacciones al medicamento Antirretroviral (ARTV)	Sudor nocturno		Si	No
		Insomnio		Si	No
		Vómitos		Si	No
		Nauseas		Si	No
		Dolor estomacal.		Si	No
		Dolor muscular		Si	No
		Dolor de cabeza		Si	No
		Erupciones cutáneas		Si	No
25	Acciones tomadas con efectos adversos del medicamento	Preguntar al doctor	Paró de consumir		Continúa tomando
26	Tratamiento abandonado por más de 30d en este año	Si		No	
27	¿Tratamiento abandonado en cualquier momento?	Si		No	
28	¿Tiempo abandonado de tratamiento?	> 30 días	10 - 30 días	1 - 9 días	NUNCA

29	Razón de dejar el tratamiento			
30	Consumo de drogas	Alcohol	Si	No
		Tabaco	Si	No
		Otros	Si	No
31	Mi familia sabe de mi diagnóstico	Si	No	
32	Mis amigos saben de mi diagnóstico	Si	No	
33	Satisfacción en la atención del cuestionario	No satisfecho	Ni satisfecho, ni insatisfecho	Satisfecho

El cuadro es para ver el perfil de cada PVV

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN DE ESTUDIO VIH

Mi nombre es Luis Alonso Rodríguez, interno de medicina y esta encuesta es para un estudio titulado “Estilos de vida y orientación sexual en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH”. El documento actual es una aceptación de manera formal, en la participación de manera ANÓNIMA y CONFIDENCIAL del estudio, cuyo objetivo es investigar si la orientación sexual o el estilo de vida, influyen en el tratamiento antirretroviral de un paciente que vive con VIH, en una población de 875 personas que viven con VIH, en aproximadamente 2 meses.

Esta encuesta le garantiza que la información que usted nos brinde será totalmente confidencial, no le causará ningún daño físico y psicológico, pero tampoco brindará alguna mejora en su estado de salud. Le solicitamos encarecidamente que nos responda con toda la exactitud y veracidad posible

Al responder esta encuesta, usted no recibirá ningún valor monetario a cambio, pero servirá para conocer mejor la realidad en la que nos encontramos.

Si se siente incómodo o incomoda en la resolución del cuestionario, es libre de dejarlo de responder, pero sería muy importante para todos que llegue hasta el final. Usted puede hacer cualquier pregunta, frente a nuestra investigación y nosotros estamos dispuestos a aclarar todas sus dudas.

Si luego de esto, acepta participar y darnos su respuesta, le agradeceremos bastante. Le pedimos marque el recuadro correspondiente.

ACEPTO

NO ACEPTO

FIRMA

ANEXO 4

VALIDEZ ITEM-TEST DE FANTASTICO

Pearson		
ITEM	COEFICIENTE VALIDEZ	RESULTADO
1	0.59767	VALIDO
2	0.39747	VALIDO
3	0.28500	VALIDO
4	0.33191	VALIDO
5	0.22863	VALIDO
6	0.60960	VALIDO
7	0.25676	VALIDO
8	0.30898	VALIDO
9	0.38701	VALIDO
10	0.43195	VALIDO
11	0.49890	VALIDO
12	0.36303	VALIDO
13	0.54392	VALIDO
14	0.25478	VALIDO
15	0.25862	VALIDO
16	0.41449	VALIDO
17	0.48645	VALIDO
18	0.57642	VALIDO
19	0.25613	VALIDO
20	0.47211	VALIDO
21	0.61803	VALIDO
22	0.55762	VALIDO
23	0.64163	VALIDO
24	0.41419	VALIDO
25	0.57591	VALIDO
26	0.72190	VALIDO
27	0.31230	VALIDO
28	0.49748	VALIDO
29	0.50307	VALIDO
30	0.71075	VALIDO

ANEXO 5

CONFIABILIDAD MÉTODO DE LAS MITADES DE FANTASTICO

Fórmulas	Coeficientes	Resultado
Mo de Pearson	0.81969007	CONFIABLE
Spearman Brown	0.90091173	

ANEXO 6

APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

RECTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°0419-2021-UCV-VA-P23-S/D

Trujillo, 19 de octubre de 2021

VISTA la solicitud por la que se solicita de la Resolución Directoral N°0378-2021-UCV-VA-P23-S/D, modificándose el título del proyecto de investigación aprobado con la denominación de **ESTILOS DE VIDA Y ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO**.

CONSIDERANDO:

Que con fecha cuatro de octubre del dos mil veintiuno, se extendió la Resolución Directoral N°0378-2021-UCV-VA-P23-S/D, por la que se le aprueba el Proyecto de investigación **ESTILOS DE VIDA Y ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO**, trabajo que debe modificarse o rectificarse en su denominación, por una serie de razones atribuibles al(a) autor(a) y a la naturaleza del mismo;

Que el(a) estudiante del Programa de Estudios de Medicina: **RODRÍGUEZ MORENO, LUIS ALONSO**, Código N° 7000075170 luego de un análisis del ámbito y posibles mejoras del proyecto de investigación mencionado y en plena coordinación con los asesores respectivos, ha presentado una solicitud, peticionando el cambio del título del Proyecto de Investigación asunto que ha sido evaluado y meritudo en sus alcances por la Dirección del Programa de Estudios de Medicina;

Que en mérito a lo señalado en los considerandos que anteceden, la Directora del Programa de Estudios de Medicina Dra. Amalia Guadalupe Vega Fernández HA DISPUESTO se extienda la resolución que corresponde;

Estando a lo expuesto y reglamentado, en uso de las atribuciones que le han sido conferidas por Resolución de Directorio N° 0020-2018/UCV del cinco de abril del presente año, a las respectivas Direcciones de los Programas de Estudios adscritos a las Facultades de la Universidad César Vallejo;

SE RESUELVE:

1º **AUTORIZAR** la rectificación de la Resolución Directoral N°0378-2021-UCV-VA-P23-S/D, cambiando el título del Proyecto de Investigación denominado **ESTILOS DE VIDA Y ORIENTACIÓN SEXUAL EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES QUE VIVEN CON VIH DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO**.

2º **APROBAR**, el nuevo título del Proyecto de Investigación bajo las siguientes especificaciones técnico - administrativas:

APELLIDOS Y NOMBRES	PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	ASESOR (ES)	JURADOS
RODRÍGUEZ MORENO, LUIS ALONSO	Estilos de vida y orientación sexual en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH de un hospital público de Trujillo.	Ms. Paúl Alan Arkin Alvarado García	Presidente: Mg. David Rogelio Villareal Zegarra Secretario: Mg. Franco Ernesto León Jiménez Vocal: Mg. Paúl Alan Arkin Alvarado García

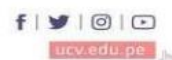
REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE



Amalia Vega
Dra. Amalia Vega Fernández
Directora de Escuela Profesional Medicina

DISTRIBUCIÓN: Autor (a), Jurados, Asesor (es) y Archivo.

UCV, licenciada para que puedas salir adelante.



ANEXO 7

APROBACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE TESIS POR EL HBT

ANEXO 8

EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE TESIS EN EL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO



ANEXO 9

0

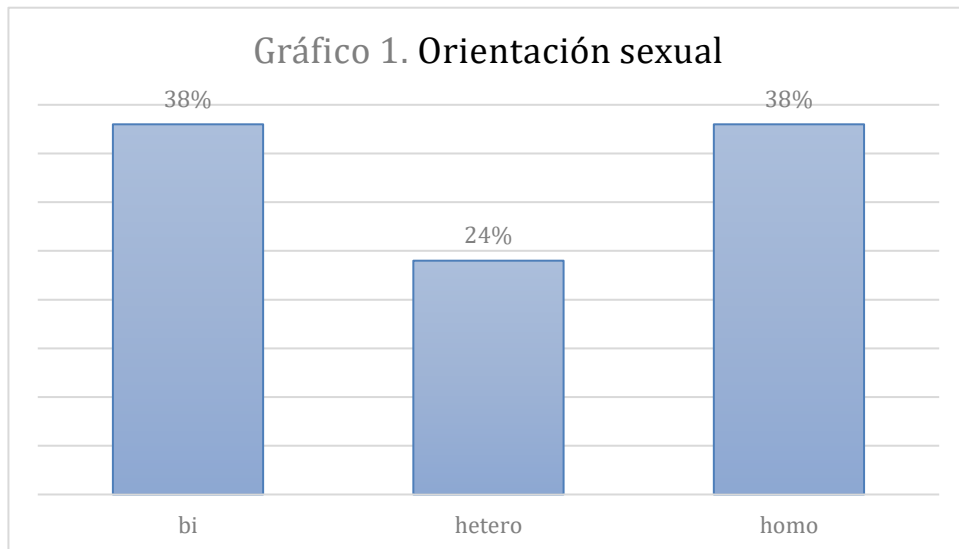
29	Mi familia sabe de mi diagnóstico	Si	No	
30	Mis amigos saben de mi diagnóstico	Si	No	
31	Satisfacción en la atención del cuestionario	No satisfecho	Ni satisfecho, ni insatisfecho	Satisfecho

COMENTARIOS:

falta un poco de campaña para conscientizar a las personas, ya que hay muchas que tienen la enfermedad como yo y no lo saben hasta que se sienten mal realmente.

ANEXO 10

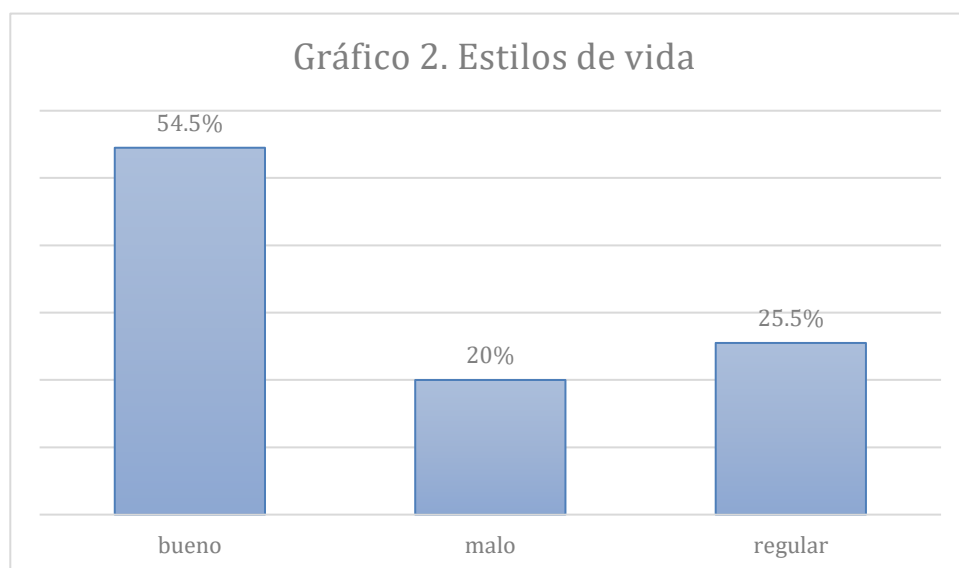
GRÁFICO 1



Interpretación:

El gráfico muestra que el 38% de la muestra estudiada del Hospital Belén de Trujillo se considera bisexual, el 24% se considera heterosexual y el otro 38% se considera homosexual.

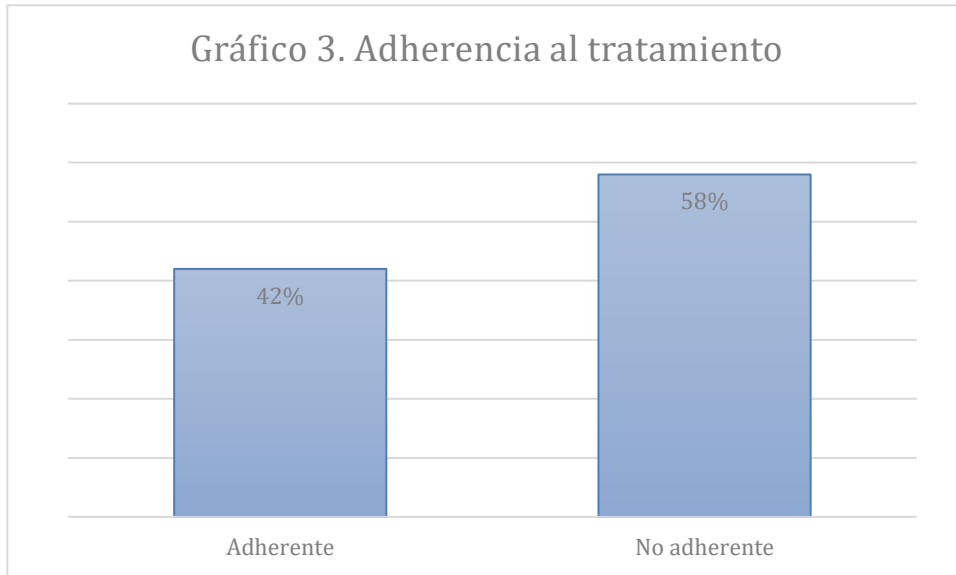
GRÁFICO 2



Interpretación:

El gráfico muestra que el 54.5% de la población estudiada tiene un buen estilo de vida, el 20% de la población estudiada tiene un mal estilo de vida, el 25.5% de la población estudiada tiene un regular estilo de vida.

GRÁFICO 3



Interpretación:

El gráfico muestra que el 42% de la muestra estudiada del Hospital Belén de Trujillo es adherente a su TARV, por otro lado, el 58% no es adherente a su TARV.