



UNAP



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**VARIABLES RELACIONADAS AL ABANDONO DE LA TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE REFERENCIA DE
INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL IQUITOS 2024**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

KEVIN MANUEL MOZOMBITE MARIN

ASESORES:

Lic. Enf. ZULEMA SEVILLANO BARTRA, Dra.

Ing. Ind. SAUL FLORES NUNTA, Dr.

IQUITOS, PERÚ

2025



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N° 045-CGT-FE-UNAP-2025

En Iquitos, a los 28 días del mes de noviembre del 2025, a horas 12:00 m., se dio inicio a la sustentación pública de la tesis titulada: **VARIABLES RELACIONADAS AL ABANDONO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES DEL CENTRO DE REFERENCIA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL IQUITOS 2024**, aprobado con Resolución Decanal N° 676-2025-FE-UNAP, presentado por el Bachiller **KEVIN MANUEL MOZOMBITE MARIN**, para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería que otorga la Universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El Jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 281-2025-FE-UNAP, está integrado por:

- | | | |
|--|---|------------|
| Lic. Enf. INES DEL CARMEN CASTILLO GRANDEZ, Dra. | - | Presidenta |
| M.C. ERNESTO CONCHA LA TORRE, Dr. | - | Miembro |
| Lic. Enf. ELIDA GIANNINA CABALLERO SHAVIER, Mgr. | - | Miembro |

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: ... *satisfactoriamente*

El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La Sustentación pública y la Tesis han sido..... *APROBADA* con la calificación *Muy Buena*

Estando el Bachiller apto para obtener el Título Profesional de **Licenciado en Enfermería**.

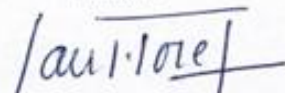
Siendo las *13:05 p.m.* se dio por terminado el acto *con felicitaciones* al sustentante.


Lic. Enf. INES DEL CARMEN CASTILLO GRANDEZ, Dra.
Presidenta


M.C. ERNESTO CONCHA LA TORRE, Dr.
Miembro


Lic. Enf. ELIDA GIANNINA CABALLERO SHAVIER, Mgr.
Miembro


Lic. Enf. ZULEMA SEVILANO BARTRA, Dra.
Asesora


Ing. Ind. SAUL FLORES NUNTA, Dr.
Asesor




TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EL DÍA 28 DE
NOVIEMBRE DEL 2025 EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EN IQUITOS
PERÚ.



Lic. Enf. INÉS DEL CARMEN CASTILLO GRANDEZ, Dra.

Presidenta



M.C. ERNESTO CONCHA LA TORRE, Dr.

Miembro



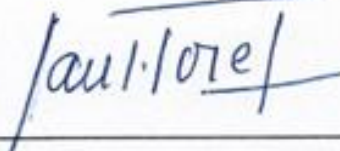
Lic. Enf. ELIDA GIANNINA CABALLERO SHAVIER, Mgr.

Miembro



Lic. Enf. ZULEMA SEVILLANO BARTRA, Dra.

Asesora



Ing. Ind. SAUL FLORES NUNTA, Dr.

Asesor




18% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 12%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

A Dios y a mis padres Manuel y Sonia, por ser mi guía y por darme la oportunidad de culminar con éxito mis estudios. A mi hija Kamila por brindarme su amor y compañía en todos los momentos de mi vida.

KEVIN MANUEL

AGRADECIMIENTO

Agradezco al director del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) Iquitos por autorizar el acceso a sus instalaciones y brindar las facilidades necesarias para el desarrollo de esta investigación.

Reconozco el valioso apoyo del personal médico y de enfermería de dicha institución, quienes colaboraron con la entrega de información pertinente, en todo momento bajo criterios de confidencialidad y ética profesional.

Expreso mi sincero agradecimiento a los miembros del jurado evaluador: Lic.Enf. Inés del Carmen Castillo Grandez, Dra., Presidenta del jurado; el M.C. Ernesto Concha La Torre, Dr., Miembro; y a la Lic.Enf. Elida Giannina Caballero Shavier, Mgr., Miembro; por sus importantes aportes y observaciones que permitieron mejorar significativamente la presente tesis.

Asimismo, agradezco profundamente la asesoría de la Lic.Enf. Zulema Sevillano Bartra, Dra., y Ing.Ind. Saul Flores Nunta, Dr., quienes me brindaron acompañamiento metodológico y académico constante a lo largo del proceso investigativo.

Finalmente, reconozco la disposición y colaboración de los pacientes del CERITS que participaron en este estudio, sin cuya contribución no habría sido posible la culminación de esta tesis.

Muchas gracias

ÍNDICE GENERAL

	Páginas
PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACIÓN	ii
JURADOS Y ASESORES	iii
RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
1.1. Antecedentes	4
1.2. Bases teóricas	9
1.3. Definición de términos básicos	17
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	18
2.1. Formulación de la hipótesis	18
2.2. Variables y su operacionalización	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	23
3.1. Tipo y diseño	23
3.2. Diseño muestral	24
3.3. Procedimiento de recolección de datos	25
3.4. Procesamiento y análisis de datos	28
3.5. Aspectos éticos	29
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	31
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	48
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	53
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	54
CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN	55
ANEXOS:	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento Informado	

ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1. Identificación de variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistente y efectos adversos de medicamentos en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	31
Tabla 2. Abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	35
Tabla 3. Edad y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	37
Tabla 4. Género y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	38
Tabla 5. Grado de instrucción y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	39
Tabla 6. Estado civil y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	40
Tabla 7. Ingreso económico y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	41
Tabla 8. Ocupación y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	42
Tabla 9. Agente de soporte y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	43
Tabla 10. Religión y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	44
Tabla 11. Tiempo del tratamiento antirretroviral y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	45
Tabla 12. Enfermedades coexistentes y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	46
Tabla 13. Efectos adversos y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	47

RESUMEN

El abandono de la terapia antirretroviral (TAR) constituye un desafío persistente en el abordaje o tratamiento del VIH/SIDA, debido a la influencia de factores individuales, sociales y clínicos que condicionan la adherencia terapéutica. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental y de tipo correlacional. Se aplicaron técnicas como entrevista, revisión documental y visita domiciliaria. Se utilizaron dos instrumentos: una ficha de registro de variables relacionadas (con validez del 95,5% y confiabilidad del 93%) y una ficha de seguimiento del abandono terapéutico. Los resultados indican que el 72,2% de los participantes tenía entre 18 y 29 años; el 77,8% eran hombres, con predominio de nivel educativo bajo (72,2%) y soltería (77,8%). Asimismo, un 74,4% presentó bajos ingresos y desempleo, no contaron con agente de soporte (77,8%). Un 72,2% presentaba comorbilidades y el 74,7% experimentó reacciones adversas. Se concluye que existe relación entre el abandono del tratamiento y las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con ($p = 0,001$). Estos hallazgos permiten orientar y mejorar las intervenciones preventivas que promuevan la continuidad terapéutica en este grupo poblacional.

Palabras clave: Abandono, CERITS, Iquitos, TAR, Variables relacionadas.

ABSTRACT

The abandonment of antiretroviral therapy (ART) remains a persistent challenge in the management of HIV/AIDS, due to the influence of individual, social, and clinical factors that affect treatment adherence. This research aimed to determine the relationship between the variables age, gender, educational level, marital status, income, occupation, support system, religion, duration of treatment, comorbidities, and adverse drug reactions with the abandonment of antiretroviral therapy in patients at CERITS, Iquitos, 2024. The study was conducted using a quantitative approach, with a non-experimental, correlational design. Techniques such as interviews, document reviews, and home visits were applied. Two instruments were used: a variable registration form (with 95.5% validity and 93% reliability) and a follow-up form for treatment abandonment. Results showed that 72.2% of participants were between 18 and 29 years old; 77.8% were male, with a low educational level (72.2%) and single marital status (77.8%). In addition, 74.4% had low income and were unemployed, and 77.8% lacked a support system. Furthermore, 72.2% had comorbidities, and 74.7% experienced adverse reactions. It was concluded that there is a significant relationship between treatment abandonment and the variables age, gender, educational level, marital status, income, occupation, support system, religion, duration of treatment, comorbidities, and adverse drug reactions ($p = 0.001$). These findings can help guide and improve preventive interventions that promote treatment continuity in this population group.

Keywords: Abandonment, ART, CERITS, Iquitos, Related variables.

INTRODUCCIÓN

La terapia antirretroviral (TAR) es una combinación de medicamentos que inhibe la replicación viral, reduce la probabilidad de resistencia, mejora la calidad de vida y previene la transmisión del virus en personas que viven con VIH. En las últimas décadas, se consolida como una estrategia costo-efectiva por sus beneficios clínicos, al disminuir hospitalizaciones e infecciones oportunistas¹.

Gallego A. et al.² (España, 2023) señalan que, pese a su eficacia, la TAR no se distribuye uniformemente en el mundo debido a su alto costo, toxicidad, limitada durabilidad e interacciones con otros fármacos, lo que genera abandono frecuente y temprano del tratamiento.

El abandono del TAR se define como la ausencia del paciente al tratamiento por más de 30 días consecutivos o cuando es referido a otro centro sin confirmación de recepción³. La OPS/OMS⁴ (Washington, EE.UU., 2023) reporta que globalmente, el 66% de personas con VIH/SIDA están vinculadas a atención médica, pero el 23% abandona el tratamiento.

En América Latina, a fines de 2020, 1.3 millones reciben TAR, representando un 60% de cobertura, con un abandono del 30%⁵. En Perú, durante la pandemia de COVID-19, el abandono aumenta un 17% y las causas aún no están claras. Solo 167 establecimientos cumplen la normativa para brindar TAR⁶.

El Ministerio de Salud del Perú informa que incluye centros de primer nivel para recuperar pacientes que abandonan el TAR, principalmente en Lima y Callao⁷. En Iquitos, Paima M.⁸ (2022) reporta que, a julio de ese año, 612 pacientes reciben TAR en el Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS).

Muñoz J.⁹ (Chile, 2023) sostiene que la mayoría de investigaciones sobre abandono de TAR en Latinoamérica usan modelos epidemiológicos centrados en la persona y estilos de vida, apoyados en enfoques cuantitativos para guiar decisiones clínicas. Margulies R. et al.¹⁰ (Argentina, 2024) resaltan la importancia de estudiar las causas del abandono de TAR para mejorar la adherencia.

Por tanto, la identificación de variables relacionadas con el abandono del TAR es fundamental. Considerando lo anterior, esta investigación estudia la relación entre las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingresos económicos, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la TAR en el CERITS, de la ciudad de Iquitos durante el año 2024.

El problema de investigación es el siguiente ¿Existe relación entre las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes atendidos en el CERITS, Iquitos 2024?

El objetivo general es, determinar la relación entre las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024. mientras que los específicos 1. Identificar las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos en pacientes del CERITS, Iquitos 2024; 2. Verificar el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024; y 3. Relacionar las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Este estudio aporta evidencia sistematizada, cuantificada estadísticamente, actualizada, válida y ordenada sobre las variables relacionadas con el abandono de la TAR en pacientes del CERITS. Cuenta con un instrumento validado y confiable que puede ser usado para la formación de estudiantes de enfermería, permitirá a los a los docentes y estudiantes contar con una caracterización actualizada de pacientes con VIH/SIDA que abandonan el TAR. Esto refuerza la orientación en prácticas de salud familiar y comunitaria, donde es necesaria la consejería para el cumplimiento del TAR en contextos urbanos, periurbanos y rurales.

También apoya al personal de salud, especialmente enfermería, a mejorar estrategias educativas y de prevención primaria y secundaria, mediante seguimiento y evaluación del cumplimiento terapéutico, facilitando decisiones que protejan la salud personal y familiar. No se identifican limitaciones en la recolección de datos ni sesgos, ni impedimentos éticos o normativos, pues se usan instrumentos válidos y confiables y se respetan las políticas sanitarias peruanas vigentes.

El estudio es cuantitativo, no experimental y correlacional. La muestra está conformada por 90 adultos entre las edades de 18 y 55 años, de ambos sexos, diagnosticados con VIH/SIDA que abandonan el TAR y son atendidos en el CERITS. La tesis incluye marco teórico, hipótesis y variables, metodología, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, fuentes de información y anexos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

El año 2023, Gomez et al, en Colombia, publicaron un estudio analítico para determinar la relación entre los factores farmacológicos y la adherencia al tratamiento antirretroviral en una institución de salud en una muestra de 9,835 pacientes. Resultados: Fueron, el 10% de los pacientes abandonaron el tratamiento antirretroviral, mientras que el 90% muestra adherencia; existe una relación estadística entre el abandono del TAR y las reacciones adversas a medicamentos ($p = 0,000$), y con una duración prolongada del tratamiento de 1 a 2 años ($p = 0,001$). Concluyeron: Las reacciones adversas a medicamentos y la duración prolongada del tratamiento son antecedentes de la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral¹¹.

En Brasil, durante el año 2023, Piran y su equipo llevaron a cabo una investigación con el objetivo de entender por qué algunas personas que viven con VIH/SIDA dejan de tomar su tratamiento antirretroviral (TAR). La muestra lo conformaron 136 participantes, de los cuales 27 correspondían a casos (pacientes que suspendieron el tratamiento) y 109 a controles (pacientes que mantuvieron la adherencia). A través de un modelo de regresión logística, se identificó una relación estadísticamente significativa entre la edad del paciente en la última consulta médica y la probabilidad de abandono del TAR (valor $p = 0,000$), además observaron que quienes tenían alrededor de 23 años al momento de su última consulta eran más propensos a dejar el TAR. Este dato llamó la atención, ya que muestra que las personas jóvenes podrían enfrentar mayores obstáculos para seguir con su tratamiento, quizás por razones como la falta de apoyo, el estigma o incluso la sensación de no estar realmente enfermos. Concluyeron: que es fundamental crear estrategias específicas para acompañar a este grupo y evitar que

interrumpan su tratamiento, lo cual podría afectar negativamente su salud y la de su entorno¹².

El 2022, Arrieta et al., en Colombia, publicaron un estudio retrospectivo para identificar factores sociodemográficos, clínicos y farmacológicos asociados con la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA en una muestra de 9,835 pacientes. Resultados: El 74,4% fueron hombres; el 71,1% tuvo entre 18 y 44 años, y el 78,1% fueron solteros. El abandono del TAR fue del 10%, también determinaron una relación estadísticamente significativa entre el abandono y las reacciones adversas a los medicamentos. Por lo que concluyeron: Que las reacciones adversas a los medicamentos se asocian con el abandono del TAR¹³.

En el año 2022, De Vecchi et al. desarrollaron un estudio con el objetivo de determinar los aspectos asociados al abandono del tratamiento por tuberculosis y coinfección por VIH en pacientes de una región sanitaria de São Paulo, Brasil. El estudio fue cuantitativo con un diseño correlacional que incluyó como muestra 945 pacientes. Al aplicar la estadística inferencial Chi Cuadrado, encontraron que no existe asociación entre el abandono del TAR con la edad ($p = 0,4983$) $p > 0,05$. El estudio concluye que la variable edad no tiene relación con el abandono del TAR¹⁴.

En 2020, Pérez y Viana, en La Habana, desarrollaron un estudio analítico para determinar los factores asociados, con la no adherencia al TAR en 153 pacientes con VIH/SIDA tratados en un Policlínico. Resultados: Determinaron una asociación estadísticamente significativa entre la mala adherencia al TAR, con la baja escolaridad ($p = 0,000$); pacientes con una pareja inestable ($p = 0,001$), duración prolongada del TAR (mayor de 5 años) y la presencia de reacciones adversas atribuidas a medicamentos. Concluyeron: El estudio permitió identificar las principales variables asociadas con la mala adherencia al TAR: nivel de

escolaridad, pareja inestable y duración del tratamiento mayor de 5 años¹⁵.

En 2024, Curahua, en Ayacucho, desarrollaron un estudio observacional analítico para determinar los factores de riesgo de no adherencia al TAR en pacientes con VIH/SIDA en un hospital, cuya muestra fueron 163 pacientes. Resultados: Mediante análisis multivariado mostraron evidencia de la relación entre el abandono del TAR con la edad ($p = 0,000$); desempleo ($p = 0,008$); duración prolongada de la enfermedad ($p = 0,000$) y presencia de reacciones adversas ($p = 0,002$). Concluyeron: Que existen factores de riesgo para la no adherencia o el abandono del TAR como la edad, el desempleo, la duración prolongada de la enfermedad y la presencia de manifestaciones de reacción adversa al TAR¹⁶.

En 2023, Huertas y Shiroma, en Lima, reportaron los resultados de un estudio observacional analítico con el propósito de comparar las tasas de abandono del TAR durante la pandemia de COVID-19 y explorar los factores asociados con el abandono del TAR en pacientes con VIH/SIDA en un hospital, que incluyó una muestra de 1,153 pacientes. El estudio determinó lo siguiente: el 81,10% son hombres; el 46,1% heterosexuales; el 10,76% abandonan el TAR; el abandono del TAR después de la pandemia es 10 veces mayor que el reportado antes de la pandemia¹⁷.

El 2023, Vargas y Sánchez, en Perú, desarrollaron un estudio cuantitativo de tipo correlacional, para evaluar la asociación entre el miedo a contraer COVID-19 y la adherencia al TAR en pacientes con VIH/SIDA, en una muestra de 149 pacientes. El estudio determinó lo siguiente: la mediana de edad es de 35 años, el 91,3% son hombres, el 89% presentaron comorbilidad; mediante el Chi-Cuadrado determinaron significancia estadística entre la no adherencia y alguna comorbilidad ($p = 0,001$). Por lo tanto, concluyeron que la no adherencia se asocia con la comorbilidad en los pacientes estudiados¹⁸.

En el año 2021, Barrera et al en Lima, desarrollaron una investigación de tipo correlacional con el objetivo de establecer la asociación entre factores clínicos, terapéuticos, sociales y enfermedades coexistentes con el abandono de la TAR en pacientes del Hospital Daniel Alcides Carrión. La investigación fue cuantitativa, con un diseño no experimental, y trabajaron con 117 personas con VIH positivos. Resultados: El 17,10% abandona el tratamiento y el 82,90 lo cumple. Mediante la prueba de chi cuadrado se determinó la relación entre el abandono del TAR y las comorbilidades ($p = 0,003$) y el sexo ($p = 0,023$). Por lo que concluyeron que el abandono del TAR está asociado al sexo y a las comorbilidades¹⁹.

En el 2021, Canchis en Lima, desarrolló un estudio para establecer los factores asociados al abandono de la TAR en pacientes del Hospital Cayetano Heredia de Lima. El estudio fue cuantitativo y diseño no experimental de tipo correlacional realizado con 217 pacientes de 18 a 69 años. La investigación determinó respecto al abandono un 40% con abandono total y un 70% con abandono parcial. Al aplicar la estadística inferencial Chi Cuadrado, encontraron asociación estadística entre el abandono del TAR y el género ($p = 0,000$); edad ($p = 0,001$); y nivel educativo ($p = 0,004$). El trabajo concluyó que el abandono del TAR estuvo asociado al sexo, la edad y el nivel educativo²⁰.

En el 2025, el Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) inició un estudio observacional en Loreto, ciudad de Iquitos, con 100 pacientes adultos de 18 a 55 años, de ambos sexos. utilizando entrevistas semiestructuradas, historia clínica y seguimiento domiciliario. Resultados: los reportes preliminares señalaron que aproximadamente el 15% de los pacientes diagnosticados durante el periodo 2023-2024, suspendieron el tratamiento antirretroviral por más de 30 días consecutivos. Determinaron correlación entre abandono del TAR y la falta de agente de soporte social, presencia de reacciones

adversas a medicamentos, bajo nivel educativo, situación económica precaria y residencia en zonas periurbanas del distrito de Belén²¹.

1.2. Base teórica

Variables relacionadas

Son todas aquellas características socioculturales y biológicas que, junto con el estilo de vida de la persona, hacen que abandone la TAR ²².

Edad

La edad es el tiempo que ha vivido cualquier ser vivo, incluida una persona, desde su nacimiento, expresado habitualmente en años ²³. La edad biológica está relacionada con el estado funcional del organismo, e informa sobre el estado de los tejidos, las células, los órganos y todos los sistemas que lo componen ²⁴.

El Ministerio de Salud, sostiene que, para la promoción de la salud, es necesario estudiar las características sociodemográficas como la edad en los escenarios donde vive, el lugar donde se atienden sus problemas de salud, donde juega, donde trabaja y donde estudia, así cómo se interrelaciona con los servicios de salud, con la vivienda, la escuela, los municipios, los lugares de trabajo y con la comunidad en general ²⁵.

El Modelo es el conjunto de actividades y/o acciones integrales en escenarios como estrategias de salud, centros de atención, programas de vivienda saludable y programas de centros de trabajo donde las personas se desenvuelven; para lograr una vida saludable, requiere caracterizar a los sujetos de intervención según grupos etarios con el fin de optimizar sus resultados, mejorar sus objetivos y/o cobertura de atención en beneficio de la persona, familia y comunidad ²⁵.

La edad de los sujetos de atención es un elemento fundamental para la gestión documental en la promoción de la salud, por ser un referente técnico y operativo para implementar acciones a nivel nacional, regional y local en el sector salud ²⁵.

Rizo ²⁶ sostiene que la edad es un factor potenciador de la adherencia a la TAR, encontrando una mayor tasa de adherencia en la mediana edad del paciente; cuanto más joven es la persona, la adherencia menos.

Género

Hace referencia a la distinción entre el concepto biológico de sexo masculino y femenino, con el concepto cultural de género, el cual genera una discusión sobre la identidad de género ²⁷. El enfoque de género es necesario para estudiar los problemas de salud física y emocional, diferenciando a hombres de mujeres; Las mujeres de cualquier edad son las que con mayor frecuencia registran estados de tensión y angustia, debido a que están sujetas a su rol reproductivo, social y productivo, como el desempleo y la inestabilidad económica, que provocan importantes problemas de salud mental y física ²⁵.

Grado de instrucción

Es el nivel más alto de estudios finalizados o en curso que tiene una persona, sin tener en cuenta si han sido finalizados o se encuentran provisional o definitivamente incompletos ²⁸. Es importante el estudio de los niveles educativos, porque son predictores importantes del estado de salud, el empleo y la participación activa en la comunidad. También son importantes predictores del éxito de un país ²⁵.

En el Perú, la tasa de analfabetismo es de 10,7, en zonas pobres, muchas mujeres no asisten a la escuela y se registran en los hombres una tasa de analfabetismo de 5,3% mientras que en las mujeres alcanzan una tasa de 15,8% ²⁵. En Lima, la tasa de analfabetismo es de 5,9, mientras que en Huancavelica la tasa de analfabetismo en mujeres es de 44,2 ósea de cada 100 mujeres casi la mitad son analfabetas. Los lugares con mayores índices de analfabetismo son las ciudades más pobres como Apurímac, Huánuco y Puno ²⁵.

El analfabetismo en mujeres es uno de los factores predisponentes para embarazos precoces y rechazo al uso de métodos anticonceptivos; en

mujeres con bajo grado de instrucción, 4 de cada 10 mujeres tuvieron hijos antes de los 20 años ²⁵. Rizo ²⁶ sostiene que la peor adherencia a la TAR se asocia al nivel cultural o académico del paciente seropositivo.

Estado civil

El estado civil es el conjunto de circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de una persona, en función de si tiene o no pareja y su situación legal ²⁹. Los determinantes sociales de la salud, como el estado civil, influyen en el acceso de las personas a los servicios de salud. Por otro lado, el matrimonio y la convivencia de las parejas, les permite tener una relación estable, lo cual les permite a los pacientes con VIH/SIDA recibir apoyo con la TAR, mientras que las personas solteras no tienen una relación estable de pareja, lo que les impide recibir el apoyo necesario en sus actividades diarias, para acceder a la atención médica o el alivio del dolor y otros malestares; por lo tanto, sufren un mayor deterioro físico, emocional y social ²⁵.

Ingreso económico.

El ingreso familiar representa el dinero que una familia tiene disponible para gastar en bienes o servicios ³⁰. En el Perú, el ingreso económico y la posición social son los determinantes más importantes de la salud; una persona con mayores ingresos tiene 4.8 veces más probabilidades de ser atendida en una clínica que una persona con menores ingresos, las personas con mayores ingresos viven más y tienen mejor salud que las personas con bajos ingresos, estos pueden variar según el género, la cultura y la raza ²⁵.

Por otro lado, en el Perú, las enfermedades más recurrentes en la población pobre (primer quintil de pobreza) el 24,39% son las infecciones respiratorias y otras relacionadas, mientras que el 23,50% son las infecciones intestinales y las parasitosis; las cuales se deben al deficiente saneamiento básico. En el Perú, el nivel de ingresos de una familia explica las deficiencias del estado nutricional de sus miembros, existen diferencias aproximadamente del 40% del nivel nutricional de los

niños de los quintiles más pobres y más ricos, alcanzando el 60% en las zonas rurales ²⁵.

Ocupación

Ocupación se define como la clase o tipo de trabajo realizado, con especificación del puesto de trabajo ³¹. Existen diferentes ocupaciones, entre ellas las que se realizan dentro del hogar como las ocupaciones de amas de casa, personas con negocio propio, que ocupan su hogar para su beneficio económico, así como bares, bodegas, restaurantes; Fuera del hogar se encuentran ocupaciones donde las personas se dedican a prestar servicios en empresas privadas o públicas o cuando tienen un negocio independiente del cual obtienen ingresos para cubrir sus gastos familiares ³². Rizo ²⁶ sostiene que cuando un paciente seropositivo tiene un trabajo estable tiene una mejor adherencia a la TAR.

Agente de soporte

Un agente de soporte personal, es un contacto cercano de una persona que vive con VIH (PVV). En el Perú, las PVV se nombra a un agente de soporte personal como parte de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA³. Fontana et al ³³ sostienen que es la convivencia, unión, confianza, comunicación y apoyo que existe entre las personas, quienes, promueven procesos de enseñanza y aprendizaje de ambas partes, necesarios para el cuidado de salud de las personas. Asimismo, el agente de soporte permite realizar todas las actividades necesarias para el cuidado de la salud de los miembros que lo integran ³⁴.

Religión

Son prácticas y creencias centradas en el significado de vida e incluye la veneración a un ser supremo³⁴. Respecto a la religión Gluber³⁶ sostiene que la religión son doctrinas constituidas por prácticas espirituales, morales y existenciales basadas en un conjunto de principios.

La adherencia al TAR está relacionada a la religión y mejoran la calidad de vida del paciente seropositivo, mejora el grado de distrés, sus expectativas hacia al tratamiento y a la vida misma ²⁶.

Tiempo de tratamiento con la TAR

Los TAR son medicamentos recomendados para todas las personas con VIH. Es importante que estas personas comiencen a tomarlos lo antes posible 6 meses después de haberse infectado ³⁷. Debido a la larga duración de la TAR el paciente tiende a abandonarlo; por ello se requiere que el personal de salud adapte el tratamiento al ritmo de vida del paciente y lo capacite en el autocontrol de la medicación ²⁶.

Enfermedad coexistente y VIH/SIDA

Conocidas como enfermedades oportunistas, son infecciones que podrían tener las personas con el VIH, tales como la Candidiasis, Salmonelosis, Toxoplasmosis y Tuberculosis ¹.

Efectos adversos de medicamentos de la TAR

Los efectos adversos de la TAR son los siguientes:

1. Signos no graves: entre éstos se encuentran las náuseas, malestar general, presencia de fiebre, fatiga y erupción cutánea también llamado rash.
2. Signos graves: son aquellos signos que requieren atención inmediata, entre éstos se encuentran la inflamación de la órbita ocular, del rostro, de la cavidad bucal y de la faringe ³⁸.

Las reacciones adversas a los antirretrovirales es una de la causa más importante de abandono y déficit en la adherencia antirretroviral, constituyéndose en el 35% del abandono de la TAR. La toxicidad de la TAR es un problema muy grave por sus potenciales consecuencias; aunque se desconoce la verdadera magnitud, de ahí la necesidad de determinar mediante ensayos clínicos la toxicidad real de los antirretrovirales ²⁶.

Abandono de la TAR

Es la condición en la que el paciente no acude a recibir la TAR por más de treinta días consecutivos, tiempo que también se considera cuando el paciente es derivado a otro establecimiento de salud y no se confirma su recepción en el nuevo establecimiento de destino ³.

Clasificación del abandono de la TAR.

1. Abandono intermitente: es cuando el paciente deja de tomar sus medicamentos durante uno o varios meses no consecutivos.
2. Abandono total: es cuando el paciente deja de tomar sus medicamentos durante 3 meses consecutivos o más ³⁹.

Consecuencias del abandono de la TAR

“No tomar la medicación de forma adecuada puede provocar resistencia a los medicamentos , lo que a su vez permitirá que el VIH se multiplicará y diera lugar al fracaso terapéutico y a dejar de estar indetectable” ⁴⁰.

Chávez⁶ sostiene que a nivel mundial los sistemas de salud no han asegurado los diagnósticos y medicamentos debido a la pandemia por COVID-19, y que en el Perú inclusive antes de la pandemia, el sistema sanitario ya estaba en emergencia, motivo por el cual el porcentaje de abandono a la TAR se incrementó al 17%. Es importante indicar que el TAR es un tratamiento de por vida.

Causas del abandono de la TAR

Gallego et al ² en el estudio observacional realizado en internos que abandonan la TAR encontró 25,4% de abandono, y las principales causas fueron la intolerancia al tratamiento y el olvido ².

Esquemas de tratamiento antirretroviral según el MINSA

Los esquemas de primera y segunda línea se muestran en las siguientes tablas ⁴¹.

1. Esquema de primera línea. Es administrado a pacientes sin experiencia previa de tratamiento. Está conformado por tres grupos:
 - Tenofovir 300mg (TDF)/, Emtricitabina 200mg (FTC)/ y Efavirenz 600mg (EFV); en dosis 1 tab de TDF/FTC/EFV en dosis fija combinada (DFC) cada 24 hrs al acostarse
 - Tenofovir 300mg (TDF)/ Emtricitabina 200mg (FTC) +Efavirenz 600mg (EFV); 1 tab de TDF/FTC (DFC) +1 tab de EFV, cada 24 hrs al acostarse, y
 - Tenofovir 300mg (TDF) +Lamivudina 150 mg (3TC) + Efavirenz 600mg (EFV); 1 tab de TDF + 2 tab de 3TC + 1 tab de EFV, juntas cada 24 hrs al acostarse.

2. Esquema de segunda línea y otros esquemas. Se administra a pacientes que fracasaron el esquema de primera línea. Contiene tres grandes grupos de medicamentos: el primero basados en el Tenofovir (DTF); el segundo basado en Abacavir (ABC), y el tercero basado en la Zidovudina ⁴¹. Ver Anexo N°2

Intervención en salud para disminuir el abandono de la TAR

Entre las intervenciones que pueden modificar los factores relacionados al abandono de la TAR se encuentran las siguientes:

- Proporcionar más información sobre la importancia de la TAR al inicio del tratamiento mediante consejería personalizada.
- Proporcionar habilidades enfocadas a reducir el impacto del tratamiento en su vida diaria, así como anticiparse a posibles dificultades o desmotivaciones que surjan con el tiempo.
- Adaptar el tratamiento al ritmo de vida del paciente para que perciba que es más fácil realizarlo.
- Establecer rutinas adaptadas al estilo de vida del paciente.
- Proporcionar habilidades de autogestión de la TAR.
- Ayuda en el abandono del consumo de drogas ilegales ²⁶.

Teoría de Enfermería de Dorothea Orem y abandono de la TAR

Chavarry et al ⁴², hacen referencia a la teoría de Orem en los siguientes aspectos:

- Cuando define al ser humano como un todo desde una visión holística.
- Cada persona es una combinación única de factores emocionales, físicos, cognitivos y espirituales, en interrelación estrecha con su entorno cambiante y concede mucha importancia a la adaptación de este ser humano al mundo en el que vive.
- El autocuidado, es una forma de acción deliberada que realiza una persona para promover y mantener la vida, la salud y el bienestar.
- El autocuidado son acciones realizadas por seres humanos individuales que tienen intenciones conscientes de realizar, a través de sus acciones, condiciones o estados.
- La teoría de Orem está conformada por la Teoría del autocuidado, que describe por qué y cómo las personas se cuidan a sí mismas, y describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas.

1.3. Definición de términos básicos

Abandono al tratamiento antirretroviral. Es la condición en la que el paciente no acude a recibir tratamiento por más de 30 días consecutivos, o cuando el paciente es derivado a otro establecimiento de salud y no se confirma que lo recibieron en el otro establecimiento ³.

Esquema de primera línea. Es la terapia antirretroviral estandarizada prescrita a pacientes nuevos que no hayan recibido tratamiento anteriormente ³.

Esquema de segunda línea. Es la terapia antirretroviral para pacientes que han fracasado con el esquema de primera línea ³.

Terapia antirretroviral (TAR). Son los medicamentos que permiten disminuir la carga viral a niveles indetectables en la sangre para la recuperación inmune de las personas con VIH/SIDA, consisten en la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales³.

Paciente del Centro de Referencia de Infecciones de transmisión sexual. Son la población de gays, lesbianas, trabajadoras sexuales y homosexuales de los distritos de la jurisdicción del Centro de Referencia, a quienes brindan atención médica periódica para los servicios demandados de infecciones de transmisión sexual, VIH y carnet de sanidad ⁴¹.

Variables relacionadas. Son características socioculturales y biológicas que explican en una persona el comportamiento de una enfermedad o daño ²².

"VIH, es el virus de la inmunodeficiencia humana que ataca el sistema inmunológico del cuerpo" ⁴³.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de la hipótesis

General:

Existe relación estadística significativa entre las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el CERITS, Iquitos 2024.

Específicas:

- Existe una relación estadística significativa entre la edad y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.
- Existe una relación estadística significativa entre género y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.
- Existe una relación estadística significativa entre el grado de instrucción y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.
- Existe una relación estadística significativa entre el estado civil y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.
- Existe una relación estadística significativa entre el ingreso económico y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.
- Existe una relación estadística significativa entre la ocupación y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.
- Existe una relación estadística significativa entre el agente de soporte y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

- Existe una relación estadística significativa entre la religión y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.
- Existe una relación estadística significativa entre el tiempo de tratamiento y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.
- Existe una relación estadística significativa entre la enfermedad coexistente y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.
- Existe una relación estadística significativa entre los efectos adversos y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

2.2. Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su relación	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores de la categoría	Medio de verificación
Variables relacionadas	Son características socioculturales y biológicas que explican el comportamiento de una enfermedad o daño en una persona.	Independiente	Edad	Ordinal	Joven	18 a 29 años	Ficha de registro del CERITS
					Adulto	30 a 59	
					Adulto mayor	60 a más	
			Género	Nominal	Masculino	Características de varón	
					Femenino	Características de mujer	
			Grado de Instrucción	Ordinal	Menor grado de instrucción	Secundaria, Primaria Analfabeta	
					Mayor grado de instrucción	Técnica superior Universitaria	
			Estado civil	Nominal	Inestable	Soltero	
					Estable	Casado Conviviente	
			Ingreso económico	Ordinal	Menor ingreso	Mínimo vital	
					Mayor ingreso	Mayor del mínimo vital	
			Agente de soporte	Nominal	No tiene	Vive solo no tiene agente de soporte	
					Si tiene	Vive con algún agente de soporte	

			Religión	Nominal	Católica	Cuando profesa la religión católica
					Otras religiones	Cuando profesa otras religiones
			Tiempo de tratamiento	Nominal	Corto	Menor de 1 año
					Prolongado	Mayor de 1 año
			Enfermedad coexistente	Nominal	Presenta enfermedad coexistente	Candidiasis Salmonelosis Toxoplasmosis Tuberculosis
					No presenta enfermedad coexistente	Candidiasis Salmonelosis Toxoplasmosis Tuberculosis
			Efectos adversos del TAR	Nominal	Sí	Cuando presenta efectos adversos
					No	Cuando no presenta efectos adversos

Variable	Definición	Tipo por su relación	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores de la categoría	Medio de verificación
Abandono del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA	Es el tiempo en que el paciente no consume la TAR	Dependiente	Tiempo en meses en que el paciente dejó de consumir la TAR	Nominal	Abandono intermitente	Cuando el paciente deja de consumir la TAR por uno o varios meses no consecutivos.	Ficha de registro de la TAR
					Abandono Total	Cuando el paciente deja de consumir la TAR por tres meses o más consecutivos.	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño

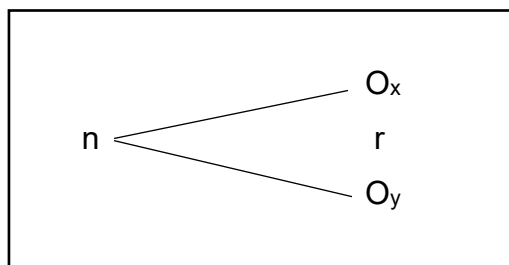
Tipo de estudio

En el estudio se utilizó el método cuantitativo, porque la información recolectada fue procesada mediante estadística descriptiva e inferencial y además se contó con un marco teórico que sustentó el estudio de las variables.

Diseño

Se aplicó el diseño no experimental porque no hubo manipulación de las variables independientes (Variables relacionadas al abandono de la TAR) por parte del investigador; correlacional porque se determinó la relación entre las variables de estudio.

Estructura:



Donde:

n = Muestra de estudio.

O_x = Variable independiente (variables relacionadas al abandono de la TAR).

O_y = Variable dependiente (abandono de la TAR).

r = Relación entre variables.

3.2. Diseño muestral

Población accesible

Estuvo conformada por 101 personas adultas de 18 a 55 años de edad de ambos sexos con diagnóstico de VIH/SIDA que abandonaron la TAR. (CERITS ciudad de Iquitos, 2024).

Muestra

Estuvo conformada por el 90% es decir por 90 personas adultas de 18 a 55 años de ambos sexos con Diagnóstico de VIH/SIDA, que reunían los criterios de inclusión (No se aplicó ninguna fórmula estadística para determinar el tamaño de muestra porque es una muestra pequeña); 10 pacientes conformaron la prueba piloto.

Muestreo o selección de la muestra

El muestreo que se empleó fue el no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Formaron parte del estudio personas de ambos sexos, de 18 a 55 años, con VIH/SIDA registradas en el padrón del CERITS, que abandonaron la TAR, y que desearon participar en forma libre y voluntaria.

Criterios de exclusión:

No formaron parte del estudio personas menores de 18 años y mayores de 55 años, que no se encontraban registradas en el CERITS y que no desearon participar en forma libre y voluntaria en el estudio.

3.3. Procedimientos de recolección de datos

1. Para llevar a cabo el presente estudio, se gestionaron previamente los permisos institucionales correspondientes. El investigador solicitó autorización a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP) para la ejecución del trabajo de investigación. Posteriormente, se obtuvo la aprobación del director del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS) de Iquitos, a quien se le presentó de manera formal el objetivo y alcance del estudio.
2. Con el fin de identificar a los participantes, se requirió el padrón actualizado de personas que reciben terapia antirretroviral (TAR) en el establecimiento. A partir de este listado, y aplicando los criterios de inclusión y exclusión definidos en el protocolo, se conformó la muestra final de 91 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.
3. La recolección de información primaria se efectuó a través de entrevistas estructuradas, realizadas de forma individual durante visitas domiciliarias. Para ello, se empleó un cuestionario validado previamente, el cual fue aplicado por el propio investigador. Antes del inicio de cada entrevista, se explicó el objetivo de la investigación y se solicitó la firma del consentimiento informado. A lo largo de todo el proceso, se garantizó el cumplimiento de los principios éticos fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y confidencialidad.
4. Asimismo, se realizó una revisión sistemática de las historias clínicas de los pacientes en el CERITS, con el propósito de corroborar datos clínicos como el tiempo en TAR, la presencia de enfermedades coexistentes, antecedentes de abandono del tratamiento y el historial de efectos adversos registrados por el personal de salud, para identificar la presencia de síntomas como náuseas, vómitos, diarrea, insomnio, fatiga, entre otros. La demás información, fue recolectada en base al autorreporte de los participantes.
5. El trabajo de campo se desarrolló entre el 2 y el 30 de mayo del año 2024. Las entrevistas se realizaron de lunes a sábado, en horario

matutino de 8:00 a.m. a 12:00 p.m., entrevistando a un promedio de tres a cuatro participantes por día. Cada encuentro tuvo una duración aproximada de una hora. Durante todas las visitas, el investigador utilizó el uniforme correspondiente al área de Salud Pública para asegurar la adecuada identificación profesional y el cumplimiento de las normas institucionales.

6. Una vez concluida la etapa de recolección, se procedió al vaciado, análisis e interpretación de los datos, conforme a los objetivos de la investigación. Finalmente, se elaboró el informe final de tesis para su presentación y evaluación académica.

Técnicas de recolección de datos

Las técnicas que se emplearon en estudio fueron las siguientes:

- Entrevista, la cual permitió recolectar la información sobre las variables relacionadas al abandono de la TAR.
- Análisis documental, el cual permitió obtener de la ficha de atención del paciente en el CERITS la condición de abandono a la TAR.
- Visita domiciliaria, la cual permitió recolectar la información sobre las variables relacionadas al abandono de la TAR.

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que se emplearon fueron:

1. Ficha de registro de las variables relacionadas sobre el abandono de la TAR, la cual fue elaborado por el investigador, contó con la siguiente estructura: título, Código, datos del paciente, datos del investigador, instrucciones, contenido, observaciones, y agradecimiento. Contiene 11 variables a registrar con respuestas binarias.
2. Ficha de registro del abandono de la TAR, el cual fue elaborado por el investigador, contó con la siguiente estructura: presentación, instrucciones, datos generales, datos del investigador, contenido, observaciones, y agradecimiento. Contiene el registro de abandono a la TAR:

- Abandono intermitente: Cuando el paciente deja de tomar sus medicamentos durante uno o varios meses no consecutivos.
- Abandono total: Cuando el paciente deja de tomar sus medicamentos durante 3 meses consecutivos o más ^{36 38}.

Validez y confiabilidad de los instrumentos

Validez

El Cuestionario de variables relacionadas al abandono de la terapia antirretroviral (TAR), fue validado a través de 8 investigadores con experiencia en el tema; y se determinó través del coeficiente de Pearson, cuya validez obtenida fue 95,5%.

El cuestionario de abandono del TAR, no fue sometido a validez, porque la clasificación del abandono fue tomada de la norma técnica del Ministerio de Salud ³⁸.

Confiabilidad

En cuestionario de variables relacionadas al abandono de la terapia antirretroviral (TAR), fue sometido a prueba piloto, para lo cual se trabajó con el 10% de la muestra, es decir con 10 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, la Prueba Piloto se realizó desde el día 4 al 27 de marzo del 2024, luego de aplicar la prueba piloto, se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach obteniéndose la confiabilidad de 93.00%.

El cuestionario de abandono del TAR, no fue sometido a confiabilidad, porque no fue necesaria.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información se realizó mediante el software SPSS versión 26.0 en español.

El análisis estadístico se realizó en dos etapas:

- Análisis univariante, donde se aplicaron frecuencias simples y porcentajes para describir el comportamiento de cada una de las variables de estudio de forma individual.
- Análisis bivalente, donde se utilizó el estadístico inferencial denominado Chi Cuadrado (X^2) para determinar la relación entre las variables de estudio con un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$, y con un nivel de confianza del 95% la presentación se realizó mediante tablas.

3.5. Aspectos éticos

Esta investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética Institucional del Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, cumpliendo con los requisitos establecidos para estudios que involucran a seres humanos.

En relación con el principio de beneficencia, se buscó que los hallazgos de este estudio no solo quedaran en el plano académico, sino que puedan servir como base para mejorar las estrategias de atención, seguimiento y acompañamiento a las personas con VIH/SIDA, con miras a reducir el abandono de la terapia antirretroviral en la región.

El principio de no maleficencia se tradujo en un compromiso constante por mantener la privacidad y la seguridad de la información compartida por los participantes. Se tomaron todas las precauciones para evitar cualquier tipo de daño, físico, psicológico o social, resguardando su identidad en todo momento.

Desde el inicio del estudio, se respetó el principio de autonomía. A cada persona se le explicó claramente el propósito de la investigación, los procedimientos que se iban a aplicar y sus derechos como participante. Solo quienes aceptaron voluntariamente formar parte del estudio firmaron el consentimiento informado, garantizando así una participación libre, consciente y sin coacción.

Por último, el principio de justicia se aplicó asegurando que todos los pacientes que cumplieran los criterios de inclusión tuvieran la misma oportunidad de participar. No se realizó ningún tipo de discriminación, respetando la diversidad de las personas involucradas y reconociendo el valor único de cada historia de vida.

Así, el estudio se llevó a cabo con responsabilidad ética, profesionalismo y profundo respeto hacia las personas que hicieron posible la investigación, reafirmando el compromiso de la enfermería con una atención centrada en la persona, en su contexto y en su dignidad.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Tabla 1. Identificación de variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Variables	N	%
Edad		
Menor edad (Joven)	65	72,2
Mayor edad (Adulto y adulto mayor)	25	27,8
Genero		
Masculino	70	77,8
Femenino	20	22,2
Grado de instrucción		
Mayor grado	25	27,8
Menor grado	65	72,2
Estado civil		
Estable	20	22,2
Inestable	70	77,8
Ingreso económico		
Menor ingreso	67	74,4
Mayor ingreso	23	25,6
Ocupación		
Sí	23	25,6
No	67	74,4
Agente de soporte		
Sí	20	22,2
No	70	77,8
Religión		
Católica	70	77,8
Otras	20	22,2
Tiempo de tratamiento		
Corto	23	25,6
Prolongado	67	74,4
Enfermedad coexistente		
Sí	65	72,2
No	25	27,8
Efectos adversos		
Sí	67	74,4
No	23	25,6
Total	90	100,0

Fuente: Propia del autor

En la Tabla 1 se observa que los pacientes del CERITS de Iquitos que abandonaron la TAR eran jóvenes, varones, con menor grado de instrucción, con estado civil inestable (soltero), con menores ingresos económicos, que no contaban con agente de soporte, católicos, con TAR prolongado, con enfermedad coexistente y con efectos adversos a la TAR. Describe las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de los 90 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA atendidos en el CERITS Iquitos en el año 2024.

Esta información permite identificar patrones clave que inciden en la adherencia o abandono de la terapia antirretroviral (TAR).

Respecto a la edad, el 72,2% de los pacientes son jóvenes, mientras que el 27,8% corresponde a personas adultas o mayores. Este hallazgo coincide con estudios previos, donde se resalta que los jóvenes presentan mayores riesgos de interrumpir el tratamiento, posiblemente debido a factores como la búsqueda de identidad, inestabilidad emocional, rechazo social y desconocimiento del impacto del diagnóstico a largo plazo¹².

En relación con el género, se observa que el 77,8% de los participantes son varones, lo que puede reflejar tanto una mayor prevalencia de la infección en este grupo como una propensión a abandonar el tratamiento relacionada con construcciones culturales de masculinidad, resistencia al cuidado personal y dificultad para buscar ayuda médica o emocional²⁰.

Respecto al nivel educativo, se identifica que el 72,2% de los pacientes tiene un grado de instrucción bajo. Este dato refuerza la idea de que una menor formación académica puede limitar la comprensión de la enfermedad, la toma de decisiones terapéuticas informadas y la adherencia al tratamiento¹⁵.

El estado civil de la mayoría de los pacientes (77,8%) es inestable (solteros, separados, viudos), lo cual podría representar una carencia de soporte emocional o afectivo en el entorno cercano. Estudios similares indican que la ausencia de una relación de pareja estable puede influir negativamente en el compromiso con el tratamiento y en la motivación para continuar con la TAR¹³.

Sobre el nivel de ingresos, el 74,4% de los participantes reporta ingresos bajos. Esta condición económica adversa limita el acceso sostenido al tratamiento debido a dificultades para cubrir gastos básicos como el transporte, la alimentación o el acceso a servicios complementarios. La literatura muestra que el nivel socioeconómico actúa como una barrera directa en la continuidad del TAR¹⁶.

En cuanto a la ocupación, el 74,4% de los encuestados no cuenta con un empleo formal, lo cual agrava su situación económica y repercute en su estabilidad emocional. El desempleo no solo dificulta el acceso logístico al tratamiento, sino que también debilita la autoestima y la percepción de futuro, elementos esenciales para la adherencia sostenida al tratamiento.

La variable agente de soporte revela que solo el 22,2% de los pacientes dispone de una persona de apoyo, mientras que el 77,8% manifiesta no tener a alguien cercano que lo acompañe en su proceso de atención. Esta carencia representa un factor de riesgo importante, ya que la presencia de una red de apoyo emocional y social se asocia positivamente con la permanencia en el tratamiento, tal como señalan investigaciones previas.

Respecto a la religión, se evidencia que el 77,8% de los pacientes se identifica con la fe católica, mientras que el 22,2% profesa otras religiones. Algunas creencias religiosas, cuando se interpretan de forma restrictiva, pueden generar sentimientos de culpa, negación o confianza exclusiva en lo espiritual, lo cual podría condicionar negativamente la adherencia terapéutica si no se aborda de forma integradora desde los servicios de salud.

En relación con el tiempo de tratamiento, se observa que el 74,4% de los participantes ha permanecido en TAR por un periodo prolongado. Esta situación podría vincularse con la llamada fatiga terapéutica, un fenómeno documentado en pacientes que experimentan agotamiento emocional y físico debido a la rutina médica sostenida en el tiempo¹¹.

En cuanto a las enfermedades coexistentes, el 72,2% de los pacientes manifiesta tener al menos una condición clínica adicional al VIH. Esta carga adicional de enfermedad representa una dificultad considerable en la gestión integral de su salud, al requerir múltiples tratamientos, visitas médicas y adaptaciones en su estilo de vida¹⁸.

Finalmente, el 74,4% de los pacientes reporta efectos adversos asociados al uso de los medicamentos antirretrovirales. Estos efectos incluyen síntomas como náuseas, trastornos digestivos, fatiga o insomnio, y constituyen una de las principales causas de interrupción del tratamiento^{15 16}.

Tabla 2. Abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Abandono del TARV	N	%
Abandono intermitente	25	27,8
Abandono total	65	72,2
Total	90	100,0

Fuente: Propia del autor

En la tabla 2, muestra los niveles de abandono de la terapia antirretroviral (TAR) en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el CERITS de Iquitos en el año 2024. De los 90 participantes, el 72,2% (n=65) presenta un abandono total del tratamiento, mientras que el 27,8% (n=25) manifiesta un abandono intermitente.

Este hallazgo pone en evidencia una situación crítica: más de dos tercios de los pacientes dejan de seguir su tratamiento de manera permanente, lo cual compromete seriamente su estado inmunológico y la eficacia del manejo clínico del VIH. Diversos estudios coinciden en que el abandono total de la TAR se relaciona directamente con el incremento de la carga viral, mayor probabilidad de desarrollar infecciones oportunistas y progresión acelerada a estadios avanzados de la enfermedad¹².

Por otro lado, el grupo que interrumpe el tratamiento de manera intermitente representa un desafío distinto, pero igualmente importante. Estas interrupciones, aunque no definitivas, afectan la estabilidad del tratamiento y dificultan alcanzar una supresión viral sostenida. Se ha documentado que la falta de adherencia constante puede favorecer la aparición de resistencia a los fármacos, lo que limita las opciones terapéuticas a largo plazo¹⁵.

En este contexto, los resultados del presente estudio coinciden con investigaciones previas realizadas en poblaciones de condiciones similares,

donde se ha identificado que los factores más comunes que influyen en el abandono terapéutico incluyen la baja escolaridad, la precariedad económica, la falta de agente de soporte, el estigma social y los efectos adversos ^{13 15 16}.

Tabla 3. Edad y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Edad	Abandono de la terapia antirretroviral					
	Abandono intermitente		Abandono total		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menor edad	10	11,1	55	61,1	65	72,2
Mayor edad	15	16,7	10	11,1	25	27,8
Total	25	27,8	65	72,2	90	100,0

Fuente: Propia del autor

$X^2=17,915$; gl 1; $p<0,001$; Se acepta la hipótesis

En la Tabla 3, se observa que, en el grupo con abandono intermitente, que fue del 27,8%, predominaron los pacientes mayores con un 16,7%, mientras que, en el grupo con abandono total, que fue del 72,2%, predominaron los pacientes más jóvenes con un 61,1%. Para realizar la prueba de hipótesis, se aplicó el chi cuadrado, obteniendo significancia estadística ($X^2 = 17,915$; gl = 1 y $p < 0,001$), resultado que demuestra la relación entre la edad y el abandono del TAR, por lo que se aceptó la hipótesis específica N° 1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Tabla 4. Género y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Género	Abandono de la terapia antirretroviral				Total	
	Abandono intermitente		Abandono total		n	%
	n	%	n	%		
Masculino	11	12,2	59	65,6	70	77,8
Femenino	14	15,6	6	6,7	20	22,2
Total	25	27,8	65	72,2	90	100,0

Fuente: Propia del autor

$X^2=22,850$; $gl=1$; $p<0,001$; Se acepta la hipótesis

En la tabla 4, se observa que, en el grupo con abandono intermitente, que fue del 27,8%, predominaron los pacientes de género femenino con un 15,6%, mientras que, en el grupo con abandono total, que fue del 72,2%, predominaron los pacientes de género masculino con un 65,6%. Para realizar la prueba de hipótesis, se aplicó el Chi Cuadrado, obteniendo significancia estadística ($X^2 = 22,850$; $gl = 1$; $p < 0,001$), resultado que demuestra la relación entre el género y el abandono del TAR, por lo que se aceptó la hipótesis específica N° 2: Existe una relación estadísticamente significativa entre el género y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Tabla 5. Grado de instrucción y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Grado de instrucción	Abandono de la terapia antirretroviral				Total	
	Abandono intermitente		Abandono total		n	%
	n	%	n	%		
Mayor grado	15	16,7	10	11,1	25	27,8
Menor grado	10	11,1	55	61,1	65	72,2
Total	25	27,8	65	72,2	90	100,0

Fuente: Propia del autor

$X^2=17,915$; $gl = 1$; $p<0,001$; Se acepta la hipótesis

En la tabla 5, se observa que, en el grupo con abandono intermitente, que fue del 27,8%, predominaron los paciente que tenían mayor grado de instrucción con un 16,7%, mientras que, en el grupo con abandono total , que fue del 72,2% , predominaron los pacientes con menor grado de instrucción con un 61,1% .Para realizar la prueba de hipótesis , se aplicó el Chi Cuadrado, obteniendo significancia estadística ($X^2 = 17,915$; $gl=1$, $p= 0,001$), resultado que demuestra la relación entre el grado de instrucción y el abandono del TAR, por lo que se aceptó la hipótesis específica N°3: Existe una relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Tabla 6. Estado civil y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Estado civil	Abandono de la terapia antirretroviral				Total	
	Abandono intermitente		Abandono total		n	%
	n	%	n	%		
Estable (Casado, conviviente)	14	15,6	6	6,7	20	22,2
Inestable (Soltero)	11	12,2	59	65,6	70	77,8
Total	25	27,8	65	72,2	90	100,0

Fuente: Propia del autor

$X^2=22,850$; $gl=1$; $p<0,001$; Se acepta la hipótesis

En la tabla 6, se observa que, en el grupo con abandono intermitente, que fue del 27,8%, predominaron los pacientes que tenían una unión estable (conviviente, casado) con 15,6%, mientras que, en el grupo con abandono total, que fue del 72,2%, predominaron los pacientes con unión inestable (soltero) con un 65,6%. Para realizar la prueba de hipótesis, se aplicó el Chi-Cuadrado, obteniendo significancia estadística ($X^2 = 22,850$; $gl=1$; $p < 0,001$), resultado que demuestra la relación entre el estado civil y el abandono del TAR, por lo que se aceptó la hipótesis específica N°4: Existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Tabla 7. Relación entre el ingreso económico y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Ingreso económico	Abandono de la terapia antirretroviral				Total	
	Abandono intermitente		Abandono total		n	%
	n	%	n	%		
Menor ingreso	10	11,1	57	63,3	67	74,4
Mayor ingreso	15	16,7	8	8,9	23	25,6
Total	25	27,8	65	72,2	90	100,0

Fuente: Propia del autor

$X^2=21,587$; $gl=1$; $p<0,001$; Se acepta la hipótesis

En la tabla 7, se observa que, en el grupo con abandono intermitente, que fue del 27,8%, predominaron los pacientes que tenían mayor ingreso económico con 16,7%, mientras que, en el grupo con abandono total, que fue del 72,2%, predominaron los pacientes con menor ingreso económico con 63,3%. Para realizar la prueba de hipótesis, se aplicó el Chi-Cuadrado, obteniendo significancia estadística ($X^2 =21,587$; $gl=1$; $p<0,001$), resultado que demuestra la relación entre el ingreso económico y el abandono del TAR, por lo que se aceptó la hipótesis específica N° 5: Existe una relación estadística significativa entre el ingreso económico y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Tabla 8. Relación entre la ocupación y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Ocupación	Abandono de la terapia antirretroviral				Total	
	Abandono intermitente		Abandono total		n	%
	n	%	n	%		
Sí	15	15,67	8	8,9	23	25,6
No	10	11,1	57	63,3	67	74,4
Total	25	27,8	65	72,2	90	100,0

Fuente: Propia del autor

$X^2=21,587$; $gl=1$; $p<0,001$; Se acepta la hipótesis

En la tabla 8, se observa que, en el grupo con abandono intermitente, que fue de 27,8%, predominaron los pacientes que tenían ocupación con 15,67%, mientras que, en el grupo con abandono total, que fue del 72,2%, predominaron los pacientes desocupados con 63,3%. Para realizar la prueba de hipótesis, se aplicó el Chi Cuadrado, obteniendo significancia estadística ($X^2= 21,587$; $gl= 1$; $p< 0,001$), resultado que demuestra la relación entre el ingreso económico y el abandono del TAR, por lo que se aceptó la hipótesis específica N° 6: Existe una relación estadística significativa entre la ocupación y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Tabla 9. Agente de soporte y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Agente de soporte	Abandono de la terapia antirretroviral				Total	
	Abandono intermitente		Abandono total		n	%
	n	%	n	%		
Sí tiene	14	15,6	6	6,7	20	22,2
No tiene	11	12,2	59	65,6	70	77,8
Total	25	27,8	65	72,2	90	100,0

Fuente: Propia del autor

$X^2=22,850$; $gl=1$; $p<0,001$; Se acepta la hipótesis

En la tabla 9, se observa que, en el grupo con abandono intermitente, que fue de 27,8%, predominaron los pacientes que tenían agente de soporte con 15,6%, mientras que, en el grupo con abandono total, que fue del 72,2%, predominaron los pacientes que no contaron con agente de soporte con 65,5%. Para realizar la prueba de hipótesis, se aplicó el Chi-Cuadrado, obteniendo significancia estadística ($X^2 = 22,850$; $gl=1$; $p<0,001$), resultado que demuestra la relación entre contar con agente de soporte y el abandono del TAR, por lo que se aceptó la hipótesis específica N°7: Existe una relación estadística significativa entre el agente de soporte y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Tabla 10. Religión y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Religión	Abandono de la terapia antirretroviral				Total	
	Abandono intermitente		Abandono total		n	%
	n	%	n	%		
Católica	11	12,2	59	65,6	70	77,8
Otras	14	15,6	6	6,7	20	22,2
Total	25	27,8	65	72,2	90	100,0

Fuente: Propia del autor

$X^2=22,850$; $gl=0,001$; $p<0,001$; Se acepta la hipótesis

En la tabla 10, se observa que, en el grupo con abandono intermitente, que fue de 27,8% predominaron los pacientes que tenían otras religiones con 15,6%, mientras que, en el grupo con abandono total, que fue del 72,2%, predominaron los pacientes de religión católica con 65,6%. Para realizar la prueba de hipótesis, se aplicó el Chi-Cuadrado, obteniendo significancia estadística ($X^2 = 22,850$; $gl=1$; $p<0,001$), resultado que demuestra la relación entre la religión y el abandono del TAR, por lo que se aceptó la hipótesis específica N°8: Existe una relación estadística significativa entre la religión y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos, 2024.

Tabla 11. Tiempo de tratamiento y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Tiempo de tratamiento	Abandono de la terapia antirretroviral				Total	
	Abandono intermitente		Abandono total		n	%
	n	%	n	%		
Corto	15	16,7	8	8,9	23	25,6
Prolongado	10	11,1	57	63,3	67	74,4
Total	25	27,8	65	72,2	90	100,0

Fuente: Propia del autor

$X^2=21,587$; $gl=1$; $p<0,001$; Se acepta la hipótesis

En la tabla 11, se observa que, en el grupo con abandono intermitente, que fue de 27,8% predominaron los pacientes que tuvieron periodos de TAR cortos con 16,7%, mientras que, en el grupo con abandono total, que fue del 72,2%, predominaron los pacientes con periodos de TAR prolongados con 63,3%. Para realizar la prueba de hipótesis, se aplicó el Chi-Cuadrado, obteniendo significancia estadística ($X^2 =21,587$; $gl=1$; $p<0,001$), resultado que demuestra la relación entre el tiempo de TAR y el abandono del TAR, por lo que se aceptó la hipótesis específica N°9: Existe una relación estadística significativa entre el tiempo de TAR y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos, 2024.

Tabla 12. Enfermedad coexistente y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Enfermedad coexistente	Abandono de la terapia antirretroviral				Total	
	Abandono intermitente		Abandono total		n	%
	n	%	n	%		
Sí	10	11,1	55	61,1	65	72,2
No	15	16,7	10	11,1	25	27,8
Total	25	27,8	65	72,2	90	100,0

Fuente: Propia del autor

$X^2=17,915$ $p<0,001$; Se acepta la hipótesis

En la tabla 12, se observa que, en el grupo con abandono intermitente, que fue de 27,8% predominaron los pacientes que no tuvieron enfermedades coexistentes con 17,7%, mientras que, en el grupo con abandono total, que fue del 72,2%, predominaron los pacientes que si tuvieron enfermedades coexistentes con 61,1%. Para realizar la prueba de hipótesis, se aplicó el Chi-Cuadrado, obteniendo significancia estadística ($X^2 = 17,915$; $gl=1$; $p<0,001$), resultado que demuestra la relación entre enfermedades coexistentes y el abandono del TAR, por lo que se aceptó la hipótesis específica N°10: Existe una relación estadística significativa entre enfermedades coexistentes y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Tabla 13. Efectos adversos y el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Efectos adversos	Abandono de la terapia antirretroviral				Total	
	Abandono intermitente		Abandono total		n	%
	n	%	n	%		
Sí	10	11,1	57	63,3	67	74,4
No	15	16,7	8	8,9	23	25,6
Total	25	27,8	65	72,2	90	100,0

Fuente: Propia del autor

$X^2=21,587$; gl =1; $p<0,001$; Se acepta la hipótesis

En la tabla 13, se observa que, en el grupo con abandono intermitente, que fue de 27,8% predominaron los pacientes que no tuvieron efectos adversos al TAR con 16,7%, mientras que, en el grupo con abandono total, que fue del 72,2%, predominaron los pacientes que sí tuvieron efectos adversos al TAR con 63,3%. Para realizar la prueba de hipótesis, se aplicó el Chi-Cuadrado, obteniendo significancia estadística ($X^2 =21,587$; gl=1; $p<0,001$), resultado que demuestra la relación entre efectos adversos y el abandono del TAR, por lo que se aceptó la hipótesis específica N° 11: Existe una relación estadística significativa entre los efectos adversos del TAR y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El estudio tuvo por objetivo general determinar la relación entre las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

Respecto a la edad, los resultados indicaron que los pacientes más jóvenes, entre 18 y 30 años, tienen mayor tendencia a interrumpir su tratamiento. Esta etapa suele estar marcada por cambios importantes, inseguridades, conflictos emocionales, búsqueda de identidad, y presión del entorno. Para muchos jóvenes, recibir un diagnóstico de VIH implica miedo, confusión y en algunos casos, rechazo por parte de sus redes cercanas. Algunos sienten que su vida cambia radicalmente, que sus planes o sueños se ven truncados. En este escenario, comprometerse con una terapia de por vida puede ser percibido como una carga difícil de asumir. Piran et al. coinciden en que las tasas de abandono son más altas en este grupo debido a los factores personales y sociales que enfrentan¹². Por eso, el trabajo de enfermería con esta población debe ser sensible, ajustado a su realidad emocional y cultural, ofreciendo información clara, contención emocional y estrategias que se adapten a su forma de ver la vida, sin imponer ni juzgar.

En cuanto al género, se evidenció que los varones presentaron mayores niveles de abandono del tratamiento. Esto puede tener relación con construcciones sociales de la masculinidad que dificultan que los hombres expresen emociones, pidan ayuda o se impliquen activamente en el cuidado de su salud. Algunos consideran que acudir a un establecimiento de salud o depender de medicamentos vulnera su imagen de fortaleza. Este tipo de pensamiento no solo interfiere en su adherencia, sino que también puede afectar su bienestar psicológico. Investigaciones como la de Canchis también reflejan esta tendencia²⁰. Frente a este panorama, es vital que el personal de enfermería cree espacios de confianza donde los hombres se sientan

escuchados, comprendidos, y donde se promueva una visión del autocuidado como una forma de responsabilidad y fortaleza.

El nivel de instrucción también fue un factor determinante. Aquellos con menor grado de educación formal tuvieron más dificultades para mantener la continuidad de la TAR. Esto se explica porque la educación facilita la comprensión de las indicaciones médicas, mejora la toma de decisiones informadas y favorece una visión positiva frente a la enfermedad. La falta de información puede llevar a temores infundados, recurrencia a tratamientos alternativos sin eficacia comprobada o incluso al rechazo del diagnóstico. Pérez y Viana destacaron que este aspecto influye considerablemente en la adherencia¹⁵. Desde la enfermería, la labor educativa no debe limitarse a transmitir datos, sino a enseñar con empatía, explicando de forma sencilla y adaptada al contexto del paciente, usando ejemplos visuales y, sobre todo, con paciencia y respeto.

Otro factor asociado fue el estado civil. Los pacientes sin pareja, especialmente los solteros, registraron más casos de abandono. Esto puede deberse a que una pareja no solo cumple una función afectiva, sino también de apoyo práctico y emocional durante el tratamiento. El VIH puede llevar al aislamiento, y cuando no se cuenta con alguien que acompañe, escuche o brinde motivación, el proceso se vuelve más difícil. Arrieta et al. también señalaron este vínculo entre la falta de apoyo afectivo y el abandono terapéutico¹³. Aquí, la enfermería puede marcar la diferencia al ofrecer una atención cálida, cercana, que le recuerde al paciente que no está solo y que puede contar con un equipo que lo acompaña de forma humana.

El ingreso económico fue otra variable relevante. La pobreza actúa como una barrera directa al acceso y continuidad del tratamiento. Cuando una persona debe elegir entre cubrir necesidades básicas como la alimentación o el transporte al centro de salud, es comprensible que el tratamiento quede relegado. La pobreza no solo limita recursos, también agota emocionalmente. Curahua señala que el desempleo es una causa común de abandono¹⁶. En este sentido, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de identificar

estas situaciones y activar redes de apoyo, referir a programas sociales y, sobre todo, comprender que muchas veces el paciente no abandona por falta de voluntad, sino por falta de recursos económicos.

La ocupación también refleja desigualdades estructurales. Estar desempleado no solo afecta la economía del paciente, también su autoestima y motivación para seguir con el tratamiento. Un paciente sin trabajo puede sentirse sin rumbo, sin razones claras para cuidar su salud. En este punto, la enfermería cumple un rol más integral: no solo se atienden los aspectos físicos, sino también las necesidades sociales del paciente, buscando soluciones desde una mirada humana e inclusiva.

Uno de los hallazgos más sensibles fue la relación entre el abandono del tratamiento y la ausencia de un agente de soporte. Ninguna persona debería enfrentar el VIH en soledad. La falta de una figura de apoyo ya sea familiar, amigo o compañero agrava el impacto emocional del diagnóstico y disminuye la adherencia. Este dato nos recuerda la importancia de promover redes comunitarias, grupos de apoyo y entornos donde el paciente se sienta aceptado. Desde enfermería, se puede ser ese puente entre el aislamiento y el acompañamiento, conectando al paciente con espacios donde pueda sentirse parte de algo más grande que su enfermedad.

En lo que respecta a la religión, se identificó un fenómeno complejo. Algunos pacientes con creencias católicas tendieron a abandonar más la terapia, lo cual podría estar relacionado con ideas erróneas, sentimientos de culpa o creencias espirituales que ponen en conflicto la fe con el tratamiento. Hay quienes creen que el VIH es un castigo divino, o que la oración puede reemplazar los fármacos. En estos casos, es fundamental abordar el tema con respeto y sensibilidad. En lugar de ver la fe como un obstáculo, se puede integrar como un aliado. El personal de enfermería puede colaborar con líderes religiosos, transmitiendo un mensaje de vida y salud, mostrando que el tratamiento no contradice la fe, sino que la complementa.

Sobre el tiempo en tratamiento, se observó que mientras más tiempo pasa el paciente en TAR, aumentan las posibilidades de abandono. Esto puede explicarse por el desgaste emocional, la fatiga terapéutica o la sensación de rutina. Al principio, el miedo impulsa a seguir. Pero con el tiempo, si no hay apoyo constante, la motivación puede disminuir. Estudios de Gómez et al. y de Pérez y Viana lo reflejan claramente^{11, 15}. La enfermería, en este caso, tiene el reto de mantener viva esa motivación, recordando los logros alcanzados, reforzando el valor del tratamiento y dándole un sentido más allá del medicamento.

Las enfermedades coexistentes también dificultan la adherencia. Cuando una persona vive con VIH y además enfrenta otras patologías, la carga física y emocional se duplica. El cuerpo se cansa, la mente también. Vargas y Sánchez resaltan esta complejidad¹⁸. Aquí, la enfermería debe actuar como un eje articulador de cuidados, haciendo que el proceso sea más llevadero, simplificando trámites y reconociendo el esfuerzo del paciente, que no solo lucha contra un virus, sino contra múltiples adversidades.

Por último, los efectos adversos del tratamiento siguen siendo una de las causas más frecuentes de abandono. Náuseas, malestares digestivos, insomnio o fatiga no son simples síntomas, son molestias que afectan la calidad de vida diaria. Muchos pacientes sienten que el medicamento, en lugar de ayudarlos, los empeora. Esta percepción debe ser validada y atendida oportunamente. Tal como lo reportan estudios en América Latina^{11, 15, 16}, la respuesta desde enfermería debe ser cercana, continua y enfocada en escuchar al paciente, proponer alternativas y ajustar el tratamiento cuando sea necesario.

El aporte del investigador en este trabajo no se limita a describir factores estadísticos, sino a visibilizar las realidades humanas detrás de cada cifra. Esta investigación aporta una mirada contextualizada desde Loreto, una región con características propias en términos de cultura, geografía y condiciones sociales. Más allá de confirmar patrones conocidos, se busca reflexionar sobre la necesidad de una atención más humana, más cercana, y

más consciente de que detrás de cada paciente hay una historia, una lucha y un derecho a vivir con dignidad, más allá de cualquier diagnóstico.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

1. Los pacientes del CERITS, de Iquitos que abandonaron el TAR fueron en su mayoría jóvenes, varones, con menor grado de instrucción, con estado civil soltero, con menores ingresos económicos, no contaron con agente de soporte, católicos, con TAR prolongado, que presentaron enfermedades coexistentes como efectos adversos al TAR.
2. Los pacientes del CERITS, de Iquitos que abandonaron el TAR, en su mayoría 72,2% tuvieron abandono total, mientras que el 27,8% tuvieron abandono intermitente.
3. Existe relación entre el abandono del TAR, con la edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedad coexistente y efectos adversos del TAR.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

1. Al personal de enfermería encargado del TAR, realizar una consejería inicial adecuada, efectiva y oportuna a todos los pacientes nuevos que inician el TAR en el CERITS y realizar un seguimiento adecuado del TAR, utilizando estrategias que aseguren el cumplimiento del TAR según el estado actual de cada paciente, visitas domiciliarias, donde se imparta sesiones educativas acerca de la importancia de cumplimiento del tratamiento.
2. A los pacientes del CERITS, concientizarles mediante consejería y talleres, con técnicas educativas participativas, sobre la importancia del cumplimiento estricto del tratamiento.
3. Capacitarles a los familiares y /o al agente de soporte, conjuntamente con los pacientes, sobre el TAR, tipos de medicamentos, efectos adversos y sobre el cumplimiento estricto del mismo, mediante sistemas de telesalud (uso de whatsapp, teléfono), o mediante visitas domiciliarias casa por casa, que permitan asegurar el seguimiento y cumplimiento del TAR.
4. A los docentes universitarios de ciencias de la salud realizar otras investigaciones teniendo en cuenta el perfil obtenido de los pacientes que abandonaron el TAR.

CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Mundial de la Salud. Guía sobre terapia antirretroviral para personas que viven con VIH [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 2025 Sep 19]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
2. Gallego A, Martínez J, López M. Barreras en el acceso a la terapia antirretroviral en España: un análisis actual [Internet]. Madrid: Ministerio de Salud de España; 2023 [citado 2025 Sep 19]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/VIH/docs/barreas_TAR.pdf
3. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica para el manejo y tratamiento antirretroviral del VIH [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2025 Sep 19]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1049544-2024>
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Informe regional sobre la respuesta al VIH en las Américas [Internet]. Washington, DC: OPS; 2023 [citado 2025 Sep 19]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54521>
5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe mundial sobre el VIH 2021: avance en América Latina [Internet]. Ginebra: ONUSIDA; 2021 [citado 2025 Sep 19]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/global-aids-update>
6. Ministerio de Salud del Perú. Informe anual sobre establecimientos autorizados para TAR [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2025 Sep 19]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes/estab-autorizados-tar-2024>
7. Ministerio de Salud del Perú. Plan nacional para la recuperación de pacientes con VIH que abandonan la terapia antirretroviral [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2025 Sep 19]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/documentos/plan-recuperacion-pacientes-vih>

8. Paima M. Situación actual del tratamiento antirretroviral en el CERITS, Iquitos [Internet]. Iquitos: CERITS; 2022 [citado 2025 Sep 19]. Disponible en: <https://ceritsiquitos.gob.pe/informes/2022>
9. Muñoz J. Modelos epidemiológicos en el estudio del abandono del TAR en Latinoamérica [Internet]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2023 [citado 2025 Sep 19]. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/185904>
10. Margulies R, López F, Rivera D. Estudio sobre adherencia y abandono del tratamiento antirretroviral en Argentina [Internet]. Buenos Aires: Instituto Nacional de Infectología; 2024 [citado 2025 Sep 19]. Disponible en: <https://www.ininarg.gob.ar/publicaciones/2024/adhesion-tar>
11. Gomez A, Pérez B, Martínez C. Estudio analítico de factores farmacológicos y adherencia al TAR en Colombia; 2023. Bogotá, Colombia. Disponible en: fuente institucional. Acceso 18 septiembre 2025.
12. Piran D, Silva F, Costa M. Factores asociados al abandono del TAR en Brasil; 2023. São Paulo, Brasil. Disponible en: fuente institucional. Acceso 18 septiembre 2025.
13. Arrieta L, Torres A, Salazar M. Factores sociodemográficos y clínicos asociados a la adherencia al TAR en Colombia; 2022. Medellín, Colombia. Disponible en: fuente institucional. Acceso 18 septiembre 2025.
14. De Vecchi R, Souza P, Almeida J. Coinfección TB-VIH y abandono terapéutico en región de São Paulo; 2022. São Paulo, Brasil. Disponible en: fuente institucional. Acceso 18 septiembre 2025.
15. Pérez L, Viana R. No adherencia al TAR en pacientes tratados en La Habana; 2020. La Habana, Cuba. Disponible en: fuente institucional. Acceso 18 septiembre 2025.
16. Curahua J. Factores de riesgo de no adherencia al TAR en Ayacucho; 2024. Ayacucho, Perú. Disponible en: fuente institucional. Acceso 18 septiembre 2025.
17. Huertas P, Shiroma V. Tasas de abandono del TAR durante COVID-19 en hospital de Lima; 2023. Lima, Perú. Disponible en: fuente institucional. Acceso 18 septiembre 2025.

18. Vargas R, Sánchez H. Comorbilidad y adherencia al TAR en época de COVID-19; 2023. Lima, Perú. Disponible en: fuente institucional. Acceso 18 septiembre 2025.
19. Barrera M, López S, Ruiz G. Asociación de comorbilidades y abandono del TAR en Hospital Daniel Alcides Carrión; 2021. Lima, Perú. Disponible en: fuente institucional. Acceso 18 septiembre 2025.
20. Canchis O. Factores asociados al abandono del TAR en pacientes del Hospital Cayetano Heredia; 2021. Lima, Perú. Disponible en: fuente institucional. Acceso 18 septiembre 2025.
21. Informe preliminar CERITS Iquitos. Estudio observacional en curso; 2025. Iquitos, Loreto, Perú. Disponible en: fuente institucional local (preliminar). Acceso 18 septiembre 2025.
22. Gutiérrez V. Nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos con VIH/SIDA del programa de control de ETS y SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue., Lima, 2018 [Tesis para Título Profesional]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2019. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4855/Gutierrez%20Viviana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Diccionario. Edad. 2023. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=edad&oq=edad&aqs=chrome.69i59j69i57j0i67i433i650i2j0i67i650j69i60i3.3851j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
24. Vásquez C. Edad biológica. 2022. Disponible en: <https://www.eldiarioar.com/mejor-vivir/edad-biologica-diferencia-edad-cronologica-importante-1-9168838.html#:~:text=La%20edad%20biol%C3%B3gica%20es%20un,los%20sistemas%20que%20lo%20componen.>
25. Ministerio de Salud. Modelo de abordaje de promoción de la salud; 2022. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203prom30.pdf>
26. Rizo AY. Factores asociados al abandono de la terapia antirretroviral, en pacientes VIH-SIDA atendidos en el Hospital Escuela “Dr. Roberto Calderón Gutiérrez”, Nicaragua, 2017. [Tesis para Título de Especialista]. Nicaragua: Universidad Autónoma de Nicaragua; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/4348/1/96854.pdf>
27. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual*. Escuela Nacional de Antropología e historia. Actualización 2019 Enero-abril; 7(18).

28. Instituto Vasco de Estadística. Grado de instrucción; 2023. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=que+es+el+grado+de+instrucci%C3%B3n&og=que+es+el+grado+de+instrucci%C3%B3n&aqs=chrome.69i57j0i22i30j0i15i22i30j0i22i30i7.11691j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
29. Diccionario. Conceptos jurídicos. Estado civil; 2022. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_mjm0WNHKT MJ: https://www.conceptosjuridicos.com/pe/estado-civil/&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe
30. OECD. Ingreso económico 2023. Disponible en. <https://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/income-es/#:~:text=vivienda%20de%20calidad.-,El%20ingreso%20familiar%20disponible%20neto%20ajustado%20es%20a%20cantidad%20de,gastar%20en%20bienes%20o%20servicios.>
31. Instituto Nacional de Estadística. Ocupación. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFine/es/concepto.htm?c=4614&op=30451&p=2&n=20#:~:text=Se%20define%20la%20ocupaci%C3%B3n%20como,del%20puesto%20de%20trabajo%20desempe%C3%B1ado>
32. Gonzales N. Ocupación. 2017. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727>
33. Fontana A, Alvarado A, Angulo M, Marín E, Quirós D. El apoyo familiar en el proceso de integración educativa de estudiantes con necesidades educativas en condición de discapacidad. REE [Internet]. 15 Dec.2009 [cited 15May2023];13(2):17-5. Disponible en: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/148>
34. Revista electrónica EDUCARE. El apoyo familiar en el proceso de integración educativa de estudiantes con necesidades educativas en condición de discapacidad; 2020-2022. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194114401003>
35. Instituto Nacional del Cáncer. Religión.2023. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/reli gion>
36. Gubler R. El papel del ritual y la religión en la terapéutica. Universidad Autónoma de Yucatán. 2019.
37. Rodríguez JP. Nivel de adherencia al TARGA en pacientes adultos con VIH en el Hospital Regional de Huacho en contexto de pandemia 2020.

Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/4927/JEAN%20PIERRE%20RODRIGUEZ%20BAYONA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

38. Organización Panamericana de la Salud OPS.VIH/SIDA.2020. Disponible en:https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9573:2019-factsheet-hiv-aids&Itemid=40721&lang=es
39. Alvis O, Del Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida.2009. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a07v70n4.pdf>
40. ERESVIHDA ¿Qué pasa si dejo de tomar la medicación del VIH un día o dos?.2023.Disponible en:<https://www.eresvihda.es/pregunta/que-pasa-si-dejo-de-tomar-la-medicacion-del-vih-un-dia-o-dos/>
41. Ministerio de Salud. 126-MINSA/2016 NN. NTS N° 097-MINSA/2018/DGIESP - V.03. [Online].; 2016 [cited 2022 enero Domingo 30.Disponible en: file:///C:/Users/Nestor_/Mis%20recuerdos/cocoroco/NESTOR/NORMAS%20TECNICAS%20DE%20SALUD/norma%20tecnica%20de%20VIH%20adulto.pdf
42. Chavarry FMA, Tesen M del R. Nivel de autocuidado en los adultos jóvenes viviendo con VIH/SIDA atendidos en el programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad del hospital referencial de Ferreñafe, agosto - noviembre, 2017[Tesis para Título Profesional]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2017. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/3000/Chavarry%20Cadena%20-%20Tesen%20Villanueva.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
43. Centro para el control y la prevención de enfermedades (CDC); Acerca del VIH.2022. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>

ANEXOS

ANEXO N° 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Tipo y Diseño de Estudio	Población de Estudio y Procesamiento	Instrumento de Recolección
Variables relacionadas al abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual Iquitos 2024.	¿Existe relación entre las variables edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024?	General Determinar la relación entre las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	Existe relación estadística entre las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.	Tipo de investigación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuantitativo Diseño de investigación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ No experimental. ▪ Correlacional 	Población: Población accesible: 101 pacientes con VIH/SIDA de 18 a 55 años de edad del CERITS de la ciudad de Iquitos. Muestra: 90% de la población es decir 90 pacientes con VIH/SIDA de 18 a 55 años de edad del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual del CERITS de la ciudad de Iquitos. Procesamiento: Se utilizará la prueba estadística Chi cuadrado con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$.	Ficha de registro de datos. Ficha de registro de abandono de la TAR.

Título de la Investigación	Pregunta de Investigación	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Tipo y Diseño de Estudio	Población de Estudio y Procesamiento	Instrumento de Recolección
		<p>Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024. 2. Identificar el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024. 3. Relacionar las variables edad, 	<p>Específicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Existe una relación estadística significativa entre la edad y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024. 2.Existe una relación estadística significativa entre género y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024. 3.Existe una relación estadística significativa entre el grado de instrucción y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del 		<p>Se empleará el Software SPSS versión 26.0 en español.</p>	

		<p>género, grado de instrucción, estado civil, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del Centro del CERITS, Iquitos 2024.</p>	<p>CERITS, Iquitos 2024.</p> <p>4.Existe una relación estadística significativa entre el estado civil y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.</p> <p>5.Existe una relación estadística significativa entre el ingreso económico y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.</p> <p>6.Existe una relación estadística significativa entre la ocupación y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>CERITS, Iquitos 2024.</p> <p>7.Existe una relación estadística significativa entre el agente de soporte y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.</p> <p>8.Existe una relación estadística significativa entre la religión y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.</p> <p>9.Existe una relación estadística significativa entre el tiempo de tratamiento y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del</p>			
--	--	--	--	--	--	--

			<p>CERITS, Iquitos 2024.</p> <p>10.Existe una relación estadística significativa entre la enfermedad coexistente y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.</p> <p>11.Existe una relación estadística significativa entre los efectos adversos y el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

ANEXO N° 2
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN EL MINSA

Los esquemas de primera y segunda línea se muestran en las siguientes tablas ⁴⁰.

1. Esquema de primera línea. Es el tratamiento antirretroviral estandarizado indicado a todo paciente sin experiencia previa de tratamiento.

Medicamentos	Dosificación	Consideraciones
Tenofovir 300mg (TDF)/ Emtricitabina 200mg (FTC)/ Efavirenz 600mg (EFV)	1 tab de TDF/FTC/EFV en dosis fija combinada (DFC) cada 24 hrs al acostarse	Primer esquema de elección
Tenofovir 300mg (TDF)/ Emtricitabina 200mg (FTC) + Efavirenz 600mg (EFV)	1 tab de TDF/FTC (DFC) + 1 tab de EFV, cada 24 hrs al acostarse	
Tenofovir 300mg (TDF) + Lamivudina 150 mg (3TC) + Efavirenz 600mg (EFV)	1 tab de TDF + 2 tab de 3TC + 1 tab de EFV, juntas cada 24 hrs al acostarse	Se utiliza este esquema cuando no se cuenta con las presentaciones previas de dosis fija combinada.

2. Esquema de segunda línea y otros esquemas. Es el tratamiento antirretroviral destinado a pacientes que fracasaron al esquema de primera línea ⁴⁰.

Medicamentos	Dosificación	Consideraciones
BASADOS EN TENOFOVIR (TDF)		
Tenofovir 300mg (TDF)/ Emtricitabina 200mg (FTC) + Lopinavir/Ritonavir 200mg/50 mg (LPV) rtv	1 tab de TDF/FTC (DFG) cada 24 horas + 2 tabletas de LPV/rtv cada 12 hrs	Se utiliza estos esquemas en los casos de contraindicación al uso del Efavirenz o el desarrollo de eventos adversos severos al mismo
Tenofovir 300mg (TDF) + Lamivudina 150 mg (3TC) + Lopinavir /Ritonavir 200mg/50mg (LPV) rtv.	1 tab de TDF + 2 tab de 3 TC cada 24 hrs 2 tab de LPV/rtv cada 12 horas	
Tenofovir 300mg (TDF) + Lamivudina 150 mg (3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG)	1 tab de TDF + 2 tab de 3TC + 1 tab de DTG cada 24 hrs.	
Tenofovir 300mg (TDF)/Emtricitabina 200 mg (FTC) + Dolutegravir (DTG)	1 tab de DTF/FTC (DFC) cada 24 horas + 1 tab de DTG cada 24 horas.	
BASADOS EN ABACAVIR (ABC)		
Abacavir 600mg (ABC)/Lamivudina 300mg (3TC) +Efavirenz 600mg (EFV)	1 tab de ABC/3TC (DFC) cada 24 horas + 1 tab de EFV al acostarse	Solamente en pacientes con CV < 100,000 copias/mL con examen de HLA B*5701 negativo
Abacavir 600mg (ABC)/ +Lamivudina 150 mg (3TC) +Efavirenz 600mg (EFV)	1 tab de ABC cada 12 horas + 1 tab de 3TC cada 12 horas + 1 tab de EFV cada 24 horas al acostarse	

Abacavir 600 mg (ABC)/Lamivudina 300mg (3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG).	1 tab de ABC/3TC cada 24 horas + 1 tab de DTG cada 24 hrs.	Se utilizará este esquema en los casos de contraindicaciones de uso de Efavirenz, o al desarrollo de eventos adversos severos al mismo.
Abacavir 300mg (ABC) +Lamivudina 150mg (3TC) + Dolutegravir 50mg (DTG)	1 tab de ABC + 1 tab de 3TC cada 12 horas + 1 tab de DTG cada 24 horas.	Solamente en pacientes con examen de HLA B*5701 negativo independiente de la carga viral
BASADOS EN ZIDOVUDINA		
Zidovudina 300mg (AZT)/ Lamivudina 150mg (3TC) +Efavirenz 600mg (EFV)	1 tab de AZT/3TC (DFC) cada 12 horas + 1 tab de EFV cada 24 horas al acostarse	Para pacientes que tienen alguna contraindicación para el uso de Tenofovir o Abacavir
Zidovudina 300mg (AZT)/ Lamivudina 150mg (3TC) + Nevirapina 200mg (NVP)	1 tab de AZT/3TC/NVP (DFC) cada 24 horas	Para pacientes que tiene alguna contraindicación para el uso de Tenofovir o Abacavir y Efavirenz solo para pacientes continuadores.

CUESTIONARIO DE VARIABLES RELACIONADAS AL ABANDONO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Código: N°.....

I. Presentación:

Joven, Sr. Sra... Srta. Buenos días, Soy Kevin Manuel Mozombite Marin bachiller de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, actualmente me encuentro realizando un estudio con la finalidad de recolectar información para la tesis: Variables relacionadas al abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual Iquitos, 2024. Por tal motivo le invito a participar, respondiendo a las preguntas con honestidad y sinceridad; la información que brinde es confidencial y anónima. Gracias.

II. Datos del paciente:

- a. Dirección actual:.....
- b. Referencia (Croquis):.....
- c. Nombre y apellidos:.....

III. Datos del investigador:

- a. Nombre y apellidos:.....
- b. Fecha:.....
- c. Hora:.....

IV. Instrucciones:

El instrumento consta de preguntas relacionadas al abandono de la terapia antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual de Iquitos. Usted debe responder según considere por conveniente, tendrá 30 minutos para responder.

V. Contenido:

Variables	Respuesta	Código
1. Edad:		
¿Cuántos años tiene usted?		
▪ Menor edad: Joven (18 a 29 años).	()	1
▪ Mayor edad: Adulto (30 a 55 años) .	()	2
2. Género:		
¿Cuál es su sexo?		
▪ Masculino	()	1
▪ Femenino	()	2
3. Grado de instrucción:		
¿Cuál es su grado de instrucción actual?		
▪ Mayor grado de instrucción (instrucción técnica superior o universitaria).	()	1
▪ Menor grado de instrucción (instrucción secundaria, primaria).	()	2
4. Estado civil:		
¿Cuál es su estado civil actual?		
▪ Estable (Casado o conviviente)	()	1
▪ Inestable (Soltero/a)	()	2
5. Ingreso económico:		
¿Cuánto es su ingreso económico actual?		
▪ Menor ingreso económico: Mínimo vital (1,025 soles)	()	1
▪ Mayor ingreso económico: Más del mínimo vital (1,025 soles)	()	2
6. Ocupación:		
¿Usted se encuentra trabajando actualmente?		
▪ Sí (trabajo independiente o dependiente).	()	1
▪ No	()	2
7. Agente de soporte:		
¿Cuenta usted con apoyo para el cumplimiento del tratamiento antirretroviral actualmente?		
▪ Sí (familiar, amigos, vecinos, pareja, ONG, iglesia, entre otros)	()	1
▪ No (Vive solo/a)	()	2

8. Religión:		
¿Cuál es su religión actual?		
▪ Católica.	()	1
▪ Otras religiones (adventista, testigo de jehová otros)	()	2
9. Tiempo de tratamiento:		
¿Cuánto tiempo ha recibiendo el tratamiento antirretroviral?		
▪ Corto (Menor de 1 año)	()	1
▪ Prolongado (De 1 año a más)	()	2
10. Enfermedad coexistente:		
¿Tiene alguna enfermedad aparte del VIH/DIDA que le ha sido diagnosticado por el médico?		
▪ Si (Candidiasis, Criptococosis, Toxoplasmosis, Histoplasmosis, Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial y Tuberculosis).	()	1
▪ No	()	2
11. Efectos adversos a la TAR		
¿Ha tenido algunos signos producidos como efectos del tratamiento antirretroviral identificados por el médico ?.		
▪ Si. (Náuseas, malestar general, fiebre, fatiga, erupción cutánea también llamado rash, gastritis o dificultad para dormir)	()	1
▪ No	()	2

VI. Observaciones:

.....

.....

.....

VII. Agradecimiento:

Gracias por su participación.

FICHA DE REGISTRO DE ABANDONO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Código:

I. Presentación:

Estimado Licenciado en Enfermería, responsable Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual, soy Kevin Manuel Mozombite Marin Bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, actualmente me encuentro realizando el estudio titulado: Variables relacionadas al abandono del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual Iquitos 2024.El registro del abandono de la TAR es confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

II. Instrucciones:

A continuación, procederé a registrar la información.
El tiempo de duración será aproximadamente de 25 minutos.

III. Registro de abandono de la TAR:

Abandono de la TAR	Registro	Código
Abandono intermitente: Cuando el paciente deja de tomar sus medicamentos durante uno o varios meses no consecutivos.	()	1
Abandono total: Cuando el paciente deja de tomar sus medicamentos durante 3 meses consecutivos o más.	()	2

IV. Observaciones:

.....
.....
.....

ANEXO N° 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA
INVESTIGACIÓN

Título del Estudio	:	Variables relacionadas al abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual Iquitos 2024.
Investigador Responsable	:	Kevin Manuel Mozombite Marin
Lugar en que se realizará el estudio	:	Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Ciudad de Iquitos
Unidad Académica	:	Departamento de Ciencias Psicosociales. Area Comunidad.
N° de teléfonos y correos electrónicos	:	Autor: Kevin Manuel Mozombite Marin Celular 900394718 Email Kemamoma1999@gmail.com Asesora Metodológica: Lic.Enf. Zulema Sevillano Bartra, Dra. Celular 965515551 Email zulemasevillano20@hotmail.com

Este formulario de consentimiento puede tener palabras que Usted joven srta, sr sra...no entienda, por favor debe solicitar al investigador responsable del estudio que le clarifique cualquier palabra o duda que se le presente. Usted tiene derecho a una copia de este formulario de consentimiento para pensar sobre su participación en este estudio o para discutirlo con familiares o amigos antes de tomar una decisión.

El propósito de este documento es ayudarle a tomar una decisión informada para decidir participar o no en el estudio denominado: Variables relacionadas al abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual Iquitos 2024.

I. INTRODUCCIÓN:

Usted/joven, srta, sr o sra ha sido invitado/a participar en la presente investigación. De todas formas, antes de que usted decida participar en el estudio: Variables relacionadas al abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual Iquitos 2024. Lea cuidadosamente este documento y haga todas las preguntas que tenga, para asegurar que entienda los procedimientos del estudio, riesgos y beneficios; de tal forma que pueda decidir voluntariamente si desea participar o no. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al investigador responsable que le explique, sienta absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. El investigador responsable le deberá proporcionar toda la información que necesite para entender el estudio.

Una vez que haya comprendido el estudio y si Usted desea participar, entonces se le solicitará que firme el consentimiento, del cual recibirá una copia firmada y fechada.

II. PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El propósito de la investigación es conocer la relación entre algunas variables como la edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos antirretrovirales que podrían estar causando el abandono de la terapia antirretroviral en los pacientes del CERITS de la ciudad de Iquitos, en el año 2024; para poder mejorar el tratamiento antirretroviral de los pacientes con VIH/SIDA..

III. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO:

La investigación aportará resultados que permitirán al personal de salud especialmente al de enfermería, reorientar, mejorar, fortalecer las estrategias de intervención educativas en el primer nivel de prevención y también en el segundo nivel de prevención (tratamiento oportuno), de consejería personal y/ o familiar para disminuir el abandono de la terapia

antirretroviral en pacientes del CERITS ubicado en el Distrito de San Juan de la ciudad de Iquitos.

Asimismo, porque la educación sanitaria sobre el abandono del tratamiento antirretroviral es de suma importancia y urgencia de realizar por el profesional de enfermería, porque es quien realiza estas actividades de seguimiento, monitoreo, supervisión y evaluación sobre el cumplimiento del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA, para permitir que los pacientes con VIH/SIDA adopten y tomen decisiones acertadas que protejan su salud personal y familiar.

IV. OBJETIVO DEL ESTUDIO:

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo general: Determinar la relación entre las variables edad, género, grado de instrucción, estado civil, ingreso económico, ocupación, agente de soporte, religión, tiempo de tratamiento, enfermedades coexistentes y efectos adversos de medicamentos con el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS, Iquitos 2024.

V. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

5.1. Usted formará parte del estudio, porque reúne ciertas características (Criterios de inclusión):

- ✓ Pueden participar en el estudio varones y mujeres.
- ✓ Usted tiene entre 18 a 55 años de edad.
- ✓ Usted abandonó la terapia antirretroviral.
- ✓ Usted se encuentra con registro actualizado de los pacientes del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS).
- ✓ Usted está en la libertad de decidir participar o no en la investigación.

5.2. Cantidad de personas que participaran en el estudio.

Usted participará en la investigación con 90 personas adultas de 18 a 55 años de edad de ambos sexos, registrados actualmente en el Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS).

VI. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

6.1. Especificar la condición en la cual participará e indicar responsabilidades del sujeto de estudio.

Su participación consistirá en llenar una ficha de registro de variables relacionadas al abandono del tratamiento antirretroviral.

6.2. Especificar el procedimiento de recolección de datos

- ✓ Primero, se seleccionará a usted, en el padrón de los 90 pacientes registrados en el CERITS.
- ✓ Luego se realizará la visita domiciliaria en cada una de las viviendas de los sujetos de estudio.
- ✓ Antes de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se aplicará el consentimiento informado a cada uno de los participantes.
- ✓ La recolección de datos tendrá una duración de 1 mes, los instrumentos se aplicarán a 3 o 4 participantes por día, durante aproximadamente una hora para cada uno de ellos, de lunes a sábado de 8:00 a 12:00 am.
- ✓ Se hará uso del uniforme de Salud Pública, durante todo el procedimiento de recolección de datos.

6.3. Especificar la duración del proyecto

La recolección de datos tendrá una duración de 6 meses.

6.4. Especificar el número de visitas

- ✓ Para la recolección de datos será necesario realizar solo 1 visita domiciliaria por participante.

VII. BENEFICIOS DEL ESTUDIO:

Este estudio tiene el beneficio de producir conocimiento científico para que el personal de salud especialmente al de enfermería, mejore la consejería personal y/ o familiar para disminuir el abandono de la terapia antirretroviral en pacientes del CERITS ubicado en el Distrito de San Juan de la ciudad de Iquitos.

VIII. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO:

Su participación en la presente investigación no afectará su salud física, mental, moral ni social; y no correrá ningún tipo de riesgo biológico, químico ni ambiental, ni usted ni su familia, porque sus respuestas no le ocasionarán ningún riesgo ni tendrán consecuencias de ninguna naturaleza.

IX. INCENTIVOS PARA EL PARTICIPANTE:

Usted no recibirá ningún incentivo económico por participar en la presente investigación.

X. TIEMPO:

Para la recolección de datos será necesario realizar solo una visita domiciliaria por participante, la cual tendrá una duración de 45 minutos.

XI. CONFIDENCIALIDAD Y ALMACENAMIENTO DE LA INFORMACIÓN:

Toda la información recolectada en la investigación será anónima para proteger su identidad, los datos serán almacenadas en un archivo único de la investigación, y el uso será en forma agrupada y será manejada solo por el investigador y los asesores, para fines académicos y de investigación. Al terminar la investigación, las conclusiones serán publicadas en un informe final el cual será difundido a través del repositorio de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana de la ciudad de Iquitos.

XII. VOLUNTARIEDAD:

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede decidir participar o no, su decisión de participar o no, no afectará la

atención que puede seguir recibiendo en el CERITS ubicado en el Distrito de San Juan de la ciudad de Iquitos.

Usted podrá retirarse de la investigación en cualquier momento, sin sanción o pérdida de beneficios a los que tendría derecho; retirarse no tiene ninguna consecuencia para Usted.

Usted podrá solicitar información relacionada con la investigación en el momento que lo estime al Investigador Responsable, Bach. Kevin Manuel Mozombite Marin.

XIII. PREGUNTAS/INFORMACIÓN:

Usted tiene derecho a clarificar todas las dudas que se le presenten, podrá solicitar información más detallada sobre la investigación o algún tema relacionado con el estudio, en el momento que desee.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

Si durante la ejecución de la investigación existiera algún cambio, se le comunicará oportunamente.

XIV. DERECHOS DE LOS/AS PARTICIPANTES:

He leído, comprendido y discutido la información anterior con el investigador responsable del estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

Mi participación en este estudio es voluntaria, podré renunciar a participar en cualquier momento, sin causa y sin responsabilidad alguna.

Si durante el transcurso de la investigación, surge información relevante para continuar participando en el estudio, el investigador deberá entregar esta información.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y/o educativos.

Si durante el transcurso de la investigación me surgen dudas respecto a la investigación o sobre mi participación en el estudio, puedo contactarme con el investigador responsable, Bach. Kevin Manuel Mozombite Marin, al celular 900394718, o al Email kemamoma1999@gmail.com

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Acepto participar en esta investigación titulado: Variables relacionadas al abandono del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual Iquitos 2024.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante

Fecha

Hora

Firma del investigador