REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Metal del Niño, del Adolescente y de la Familia

Influencia del Estigma Internalizado en la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Antonio Lorena Cusco-2023

Tesis presentada por el Bachiller:

Gutiérrez Suna, Elizabeth

ORCID: 0009-0000-0329-2705

para optar el Grado Académico de Maestro en Salud Mental del Niño, del Adolescente y de la Familia

Asesor (a):

Mg. Anchante Hernández, Elva Elvira

ORCID: 0009-0005-4756-174X

Arequipa - Perú

2024

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ESCUELA DE POSTGRADO

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 28 de Febrero del 2024

Dictamen: 010603-C-EPG-2024

Visto el borrador del expediente 010603, presentado por:

2022001462 - GUTIERREZ SUNA ELIZABETH

Titulado:

INFLUENCIA DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VHI/SIDA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO-2023.

Nuestro dictamen es:

APROBADO

29254453 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR

29611429 - FERIA AYTA JACINTA GILMA
DICTAMINADOR

29717373 - NUÑEZ OCOLA ANIKA MARIA
DICTAMINADOR

Influencia del Estigma Internalizado en la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Antonio Lorena Cusco-2023

ORIGINALITY REPORT

27%	27%	3%	3%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repositorio.puce.edu.ec Internet Source	10%
2	tesis.pucp.edu.pe Internet Source	4%
3	cybertesis.unmsm.edu.pe Internet Source	2%
4	repositorio.uss.edu.pe Internet Source	2%
5	tesis.ucsm.edu.pe Internet Source	2%
6	cdn.www.gob.pe Internet Source	2%
7	lenguasmodernas.uchile.cl Internet Source	1%
8	repositorio.uandina.edu.pe Internet Source	1%
	repositorio.unac.edu.pe	

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Dedicatoria

"El único modo de hacer un gran trabajo es amar lo que haces".

Steve Jobs.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Agradecimiento

A Dios por cada momento en mi vida,
por cada sueño que me dio y por cada bendición
que me concedió para poder llegar a mis metas.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

A padre y mi madre por ser las personas
que me brindaron su apoyo incondicional y por su amor.

A mi esposo Roger por su apoyo, paciencia y amor.

A mis adoradas hijas: Luma Isabel y Nayra Isabel
por ser mi fuente de inspiración y fuerza
para seguir creciendo como persona, madre y profesional.

A mi asesora de tesis, por haberme guiado
en este proyecto en base a su experiencia,
conocimientos y por ser una mujer maravillosa y admirable.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESUMEN

La presente Investigación fue realizada en el Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco - Perú. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumentos la Escala de Estigma asociado al VIH de Berger abreviada y Cuestionario de evaluación de la adhesión al Tratamiento Antirretroviral CEAT – VIH, tuvo como objetivo principal establecer cuál es la influencia del Estigma internalizado en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VHI/SIDA Del Hospital Antonio Lorena, Cusco-2023.

La metodología utilizada corresponde a una investigación de campo relacional; las unidades de estudio estuvieron conformada por 100 pacientes atendidos en el servicio de CERIST con diagnóstico de VIH, quienes cumplieron los criterios de inclusión, dando como resultados: el 78% de pacientes con VIH/SIDA percibe un bajo estigma internalizado y el 64 % de la población tiene una adherencia insuficiente, la correlación de Pearson obtenida fue negativa y fuerte (r = -0.712r=−0.712) entre el estigma internalizado y la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA, con una significancia bilateral de 0.000. Esto significa que, a mayor estigma internalizado, menor es la adherencia al tratamiento.

Por lo que se puede concluir que existe relación entre el estigma internalizado y la adherencia al tratamiento TAR, por lo tanto el estigma internalizado genera una inadecuada adherencia al TAR.

Palabras claves: Estigma internalizado, adherencia al tratamiento, VIH/SIDA.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ABSTRACT

This Research was carried out at the Antonio Lorena Hospital in the city of Cusco - Peru. The survey was used as a technique and the abbreviated Berger HIV-associated Stigma Scale and CEAT - HIV Antiretroviral Treatment Adherence Evaluation Questionnaire were used as instruments. The main objective was to establish the influence of internalized Stigma on treatment adherence. antiretroviral in patients with HIV/AIDS From the Antonio Lorena Hospital, Cusco-2023.

The methodology used corresponds to a relational field research; The study units were made up of 100 patients treated in the CERIST service with a diagnosis of HIV, who met the inclusion criteria, resulting in: 78% of patients with HIV/AIDS perceive a low internalized stigma and 64% of the population has insufficient adherence, the Pearson correlation is negative and strong (r = -0.712r=−0.712) between internalized stigma and treatment adherence in patients with HIV/AIDS, with a bilateral significance of 0.000. This means that the greater the internalized stigma, the lower the adherence to treatment.

Therefore, it can be concluded that there is a relationship between internalized stigma and treatment adherence, therefore internalized stigma generates inadequate adherence to ART.

Keywords: Internalized stigma, treatment adherence, HIV/AIDS.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INDICE

Dedicatoria

Agradecimiento

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN **1**

HIPÓTESIS **3**

OBJETIVOS **3**

Objetivo general 3

Objetivos específicos 3

CAPITULO I: **4**

MARCO TEÓRICO **4**

MARCO TEORICO **5**

1. Estigma Internalizado 5

1.1. Estigma 5

1.2. Estigma relacionado al VIH/SIDA 7

1.3. Causas del estigma 7

1.4. Tipos de estigma por VIH/SIDA. 8

1.5. Consecuencias del estigma por VIH 9

2. Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral (TAR) 10

2.1. Adherencia al tratamiento 10

2.2. Barreras que afectan la adherencia 12

3. Virus De Inmunodeficiencia Humana - VIH 15

3.1. Biología 15

3.2. Epidemiología 16

3.3. Diagnóstico 16

4. Tratamiento Antirretroviral (TAR) 19

4.1. Objetivos del TAR 20

4.2. Equipo multidisciplinario para la atención de pacientes con VIH 20

4.3. Del tratamiento antirretroviral (TAR) 20

4.4. Del monitoreo del paciente con VIH en TAR. 24

CAPITULO II: **25**

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

METODOLOGÍA **25**

METODOLOGÍA **26**

1. Tipo y nivel de investigación 26

1.1. Tipo de investigación 26

1.2. Nivel de investigación 26

2. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación 26

2.1. Técnica 26

2.2. Instrumento 26

3. Cuadro de coherencia 26

4. Campo de verificación 27

4.1. Ubicación espacial 27

4.2. Ubicación temporal 27

4.3. Unidades de estudio 27

5. Estrategia de recolección de datos 27

6. Recursos 28

7. Validación de los instrumentos 28

7.1. Ficha sociodemográfica (Anexo 1) 28

7.2. Escala de Estigma asociado al VIH de Berger abreviada y validada para la población peruana por Franke, et. al. (2010) (Anexo 2) 28

7.3. CEAT – VIH Cuestionario de evaluación de la adhesión al Tratamiento Antirretroviral, validado por Tafur, Alfaro, García Y Faus (2008) (Anexo 3). ... 30

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION **32**

RESULTADOS **33**

DISCUSIÓN **53**

CONCLUSIÓN **56**

RECOMENDACIONES **57**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS **58**

ANEXOS **66**

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación Clínica e Inmunológica de la Infección por el VIH Según la OMS 2007 18
Tabla 2. Clasificación Clínica de la Infección por el VIH en Adultos y Adolescentes con Infección por el VIH Confirmada - OMS 2007 18
Tabla 3. Esquema de primera línea para tratamiento antirretroviral de la infección por VIH. 22
Tabla 4. Esquema alternativo. 22
Tabla 5. Esquemas de segunda línea recomendada 23
Tabla 6. Población según edad 33
Tabla 7. Población según sexo 34
Tabla 8. Población según grado de escolaridad 35
Tabla 9. Población según estado civil ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Tabla 10. Población según orientación sexual 37
Tabla 11. Población según ocupación 38
Tabla 12. Población según religión 39
Tabla 13. Población según lugar de procedencia 40
Tabla 14. Población según forma de adquisición del virus 41
Tabla 15. Población según apoyo familiar 42
Tabla 16. Población según tiempo de diagnóstico 43
Tabla 17. Población según tiempo de TAR 44
Tabla 18. Población según efectos secundarios del TAR 45
Tabla 19. Población según medicamentos 46
Tabla 20. Población de estudio según tiempo de diagnóstico y estigma internalizado .. 47
Tabla 21. Población de estudio según tiempo de diagnóstico y Adherencia al TAR 48
Tabla 22. Población de estudio según Estigma internalizado 49
Tabla 23. Población de estudio según adherencia al tratamiento TAR 50
Tabla 24. Pruebas de normalidad 51
Tabla 25. Correlaciones entre estigma internalizado y adherencia el tratamiento 52

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Población según edad 33
Figura 2. Población según sexo 34
Figura 3. Población según grado de escolaridad 35
Figura 4. Población según estado civil 36
Figura 5. Población según orientación sexual 37
Figura 6. Población según ocupación 38
Figura 7. Población según religión 39
Figura 8. Población según lugar de procedencia 40
Figura 9. Población según forma de adquisición del virus 41
Figura 10. Población según apoyo familiar 42
Figura 11. Población según tiempo de diagnóstico 43
Figura 12. Población según tiempo de TAR 44
Figura 13. Población según efectos secundarios del TAR 45
Figura 14. Población según medicamentos 46
Figura 15. Población de estudio según tiempo de diagnóstico y estigma internalizado 47
Figura 16. Población de estudio según tiempo de diagnóstico y Adherencia al TAR ... 48
Figura 17. Población de estudio según Estigma internalizado 49
Figura 18. Población de estudio según adherencia al tratamiento TAR 50

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el virus de inmunodeficiencia humana VIH, es un problema latente en la sociedad, según la Organización Mundial de la Salud OMS (1) afecta directamente al sistema inmunológico evitando su adecuado funcionamiento, provocando el avance de la infección y desarrollando como última etapa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA. Para ello, es esencial dar inicio al Tratamiento Antirretroviral (TAR) en el momento oportuno para atenuar el proceso de la infección (2); (3). Por lo tanto, es importante contar con una adherencia optima, sin embargo, esta involucra una serie de aspectos que se complementan entre sí para lograr un resultado eficaz, tanto en aspectos emocionales como físicos que se ven afectados por distintos factores que intervienen como barreras para el tratamiento (4); en consecuencia, teniendo como principales obstáculos las drogas, alcohol, ausencia de apoyo de pares, la depresión y el estigma (5). Este último, sin duda sigue provocando sentimientos de inferioridad y vergüenza (6), generando que las personas que viven con VIH- SIDA (PVVS) puedan verse expuestas a estigmas negativos y como resultado una baja adherencia al tratamiento (7).

Así mismo, en el proceso de adherencia al TAR y sus representaciones sociales para las personas que viven con VIH/SIDA, interfieren varios factores, de orden económico, social, relacionados con su estado de salud y con el sistema sanitario. En este sentido, la familia representa una red de apoyo de extrema importancia para la continuidad de la adhesión al tratamiento medicamentoso, constituyéndose en un agente de apoyo al proceso. La no adherencia es un evento determinado por varios factores, dada su relación con la persona en tratamiento, la enfermedad, la terapia, los servicios de salud y el apoyo social. De hecho, las reacciones adversas a la TAR son un desafío no solo para la adherencia, sino también para su nivel socioeconómico (8).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

El estigma relacionado con el VIH puede tener causas, efectos y consecuencias, una de las cuales es el falso vínculo que se desarrolla entre el virus y el comportamiento inapropiado y poco ético de las personas infectadas, aumentando la desinformación que existe en la población, creando ideas, actitudes, creencias, prejuicios y estereotipos a las personas portadoras del virus (9)(10).

Al mismo tiempo, el estigma genera limitación al acceso de los servicios de salud, perdida de oportunidades de crecimiento personal y laboral, dando mayor facilidad a que el VIH se desarrolle hasta un estadio mayor como el SIDA (11).

De esta manera, el estigma percibido que tienen las personas y el hecho de ocultar su diagnóstico les genera estrés, provocando el descuido de su tratamiento o más aún, el abandono del mismo (10). Por consiguiente, la baja o inadecuada adherencia disminuye los efectos del tratamiento, creando resistencia a los antirretrovirales además de las enfermedades oportunistas, mismos que conllevan al aumento de la medicación; lo que va causar la aparición riesgosa de los problemas relacionados a las medicinas (12). Debido al constante esfuerzo de las personas por ocultar su condición, se teoriza que el estigma es un fuerte predictor para la no adherencia (13).

El Hospital Antonio Lorena no es ajena a esta realidad, las PVVs en un porcentaje presentan un estigma internalizado de discriminación y rechazo frente a su diagnóstico, por lo que mantienen en secreto su diagnóstico, y esto afecta a la no presencia a las citas médicas, abandonó del tratamiento que afectan la adherencia al tratamiento, por tal motivo surge de la necesidad de conocer si existe influencia del estigma internalizado en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que son atendidos en CERITS del hospital Antonio Lorena -Cusco.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

HIPÓTESIS

Dado que el estigma internalizado genera una respuesta social negativa, discriminatoria y desvalorando la condición de los pacientes diagnosticados de VIH atendidos en el Hospital Antonio Lorena, es probable que un nivel de estigma inadecuado tenga ineficiencia en la adherencia al TAR.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Establecer cuál es la influencia del Estigma internalizado en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VHI/SIDA Del Hospital Antonio Lorena, Cusco-2023.

Objetivos específicos

- Determinar cuál es el nivel de Estigma internalizado en pacientes con VHI/SIDA Del Hospital Antonio Lorena, Cusco-2023.
- Determinar cuál es el tipo de adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VHI/SIDA Del Hospital Antonio Lorena, Cusco-2023.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO I:

MARCO TEÓRICO

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MARCO TEORICO

1. Estigma Internalizado

1.1.Estigma

El término estigma según Erving Goffman se define como "un atributo profundamente desacreditador, que reduce a su portador, simbólicamente de una persona completa y normal a una cuestionada y disminuida en su valor social" (Goffman, 1986); no todos los atributos indeseables son materia de discusión, solo aquellos que son incongruentes con los estereotipos de la sociedad, planteando una relación especial entre el atributo y estereotipo. Goffman menciona tres clases de estigma: deformidades físicas, defectos en el carácter del individuo y los estigmas tribales como son la raza, la nación y la religión, que pueden ser transmitidos por herencia familiar (22).

El estigma internalizado también llamado autoestigma o estigma interno se define como el proceso "en el cual la persona estigmatizada acepta la visión negativa que tienen otros en la sociedad de él o ella, e incorpora esos puntos de vista en su autoconcepto", lo que genera una transformación en la identidad "identidad estropeada" (23) y comportamientos mal adaptativos (24). En el caso del VIH/sida se toman actitudes de rechazo, repugnancia, subestimación de la persona estigmatizada hacia sí mismo, preocupaciones con respecto al encubrimiento del diagnóstico. Las cuales son internalizadas por las personas con VIH/sida, anticipando el rechazo de sus comunidades o familias, invirtiendo grandes cantidades de tiempo y energía en el encubrimiento de su condición de salud, y en algunas ocasiones perdiendo el acceso al apoyo social (25).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Berger, Ferrans, Lashley (2001) en su Modelo teórico del estigma percibido explica que cuando la persona sabe su diagnóstico y además es de su conocimiento la percepción que tienen otras personas sobre el mismo, el sujeto tiende a cambiar su manera de ser y su comportamiento tendrá como fin ocultar su diagnóstico para no ser denigrado por su entorno social (p.519). Debido a ello, las personas estigmatizadas buscan reducir su actividad social al mínimo, por tal motivo, Berger, et. al. (2001) refirió que existe un tipo de estigma que presentan las personas con diagnóstico VIH positivo el cual es el estigma sentido o percibido y a su vez este se compone por cuatro dimensiones (26):

a) Preocupación por la divulgación, se refiere al temor que presentan los individuos diagnosticados con VIH a que su entorno se entere de su estatus.

b) Estigma establecido, se relaciona de manera directa con el temor a ser rechazado o invalido por la sociedad debido a su diagnóstico.

c) Autoimagen negativa, son los sentimientos de culpa acompañado de la vergüenza y devaluación de la autoimagen personal por tener el diagnostico positivo.

d) Preocupación por actitudes públicas, se relaciona directamente con el temor en cuanto a la percepción, actitudes y comportamientos que tienen las personas hacia alguien con el diagnóstico VIH positivo.

Al momento que se estigmatiza, se daña la identidad social de la persona aislándolo de sí mismo y de la sociedad a la que pertenece, pasando a ser una persona desprestigiada frente a una sociedad que lo rechaza (27). La persona que suele ser discriminada y destituida de la sociedad; y una vez que la inseguridad sobre su estatus social se hace presente, perjudica en alguna medida la actividad laboral, debido a que esta supone de gran actividad social (28) (10).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

1.2. Estigma relacionado al VIH/SIDA

El estigma para Rodríguez (como se citó en García, Lozano y Díaz, 2016) es producto de las interacciones sociales que mantienen la desigualdad social entre las personas que son estigmatizadas y las que no lo son; es decir experiencias entre personas socialmente devaluadas y personas que devalúan por una condición. En el caso de personas que portan el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el estigma se genera en la interacción entre las personas infectadas y no infectada, pues se evidencia que el VIH representa una marca socialmente devalúa, una identidad socia contaminada, la cual está sujeta a estereotipos, prejuicios y discriminación por parte de las personas no infectadas (29).

En su hoja informativa, ONUSIDA el 2003, nos dice que el estigma y la discriminación por VIH/SIDA es un proceso de desvalorización que sufren las personas que portan el virus o están asociadas con él; asimismo la discriminación es resultado del estigma y es el trato injusto y desleal de una persona por su estado serológico; violando sus derechos humanos fundamentales; la discriminación por VIH/SIDA están presentes en diferentes niveles (político, económico, social, psicológico e institucional) (30).

1.3.Causas del estigma

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España (2018) ha identificado las siguientes causas por las que se generan prácticas discriminatorias producto del estigma por VIH/SIDA (31).

a) El desconocimiento de la enfermedad.

b) Los conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH.

c) La falta de acceso a tratamiento.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

d) Las noticias irresponsables sobre la epidemia por parte de los medios de comunicación.

e) La imposibilidad de curar el SIDA

Los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte, y el consumo de drogas. Estudios han demostrado que, el estigma relacionado con el VIH/sida se vincula con comportamientos de riesgo rechazados por la sociedad como: prostitución, el consumo de drogas inyectables, promiscuidad, prácticas homosexuales y transexuales; además, aumenta la marginación de grupos poblacionales vulnerables, como personas privadas de la libertad, desplazados y migrantes (32).

1.4.Tipos de estigma por VIH/SIDA.

Rodríguez (como se citó en García, Lozano y Díaz, 2016) considera tres dimensiones o mecanismos que facilita la evaluación del estigma por VIH (29).

a) Estigma internalizado. Se refiere a las ideas y creencias negativas que tiene la persona con diagnóstico positivo de VIH/SIDA, sobre sí misma por portar la enfermedad; estudiar las consecuencias del estigma internalizado nos permite evidenciar el nivel de alteración en la autoimagen y por consiguiente el grado de adaptación al diagnóstico que tiene la persona.

b) Estigma anticipado. Es la expectativa que tienen la persona de ser objeto de prejuicios y discriminación por portar el virus; entender el estigma anticipado sirve para determinar la revelación o no del diagnóstico.

c) Estigma actuado. Son las creencias que tienen a persona con VIH/SIDA de haber sido discriminado en el pasado producto de la enfermedad; conocer el

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

nivel de estigma actuado contribuye a obtener información sobre el nivel de estigmatización que existe en un contexto.

Las personas no infectadas con el VIH poseen mecanismo como: el prejuicio, los estereotipos que desencadenan comportamientos discriminatorios; es así que, los prejuicios son emociones y sentimientos negativos, ira, temor o disgusto que tienen los no infectados en relación a las personas infectadas; por su parte los estereotipos son el conjunto de creencias de un grupo sobre las personas infectadas por el virus y finalmente la discriminación es la expresión de prejuicios y estereotipos por medio de acciones o conductas (33) .

1.5.Consecuencias del estigma por VIH

Zafra (2015) nos dice que las consecuencias del estigma se asocian a diversos resultados como: la no realización de la prueba de VIH, el apoyo a políticas sociales discriminatorias, menor responsabilidad social y el deseo del distanciamiento social (33)

Asimismo, en lugares donde existe estigma por VIH/SIDA se evidencia que las personas prefieren ignorar su seropositividad real o posible provocando el riesgo que la enfermedad progrese más rápidamente en su organismo y a su vez propaguen el VIH a los demás, la actitud negativa por el VIH/SIDA puede crear un clima que la persona portadora tenga más miedo del estigma y la discriminación asociados a la enfermedad que de la enfermedad misma (30).

El estigma y por consiguiente la discriminación por VIH/SIDA crean obstáculos importantes que impiden prevenir nuevas infecciones, aliviar el impacto de la enfermedad y proporcionar asistencia, tratamiento y apoyo adecuados (34).

El estigma asociado al VIH y la consecuente discriminación, es uno de los factores socioculturales que puede tener consecuencias perjudiciales para la vida

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

de las personas con VIH. Específicamente, el estigma asociado al VIH puede influir en la no adherencia al TAR. Se ha distinguido entre el estigma social asociado al VIH y la experiencia del estigma por VIH (35). El primero hace referencia a las actitudes que tiene la población hacia un rasgo que socialmente se ha devaluado, en este caso al VIH. Mientras que la experiencia del estigma se refiere a la consciencia que tienen las personas que viven con VIH respecto a la evaluación negativa de su estado serológico (36).

2. Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral (TAR)

2.1. Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento consiste en que una persona con infección por VIH, asuma comportamiento que se ajusten a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, asimismo siguiendo un régimen alimenticio y realizando cambios en su estilo de vida, en concordancia a las recomendaciones del personal de la salud (37).

En relación, a la adherencia del tratamiento en caso de personas con VIH/SIDA, Varela, Salazar y Correa (2008) refieren que son comportamientos tales como: tomar medicamentos antirretrovirales según las prescripciones médicas en los horarios indicados, la cantidad exacta y de acuerdo con los intervalos o frecuencias de las dosis; asistir a la citas médicas periódicas; realizarse los exámenes de control:CD4, carga viral, citología, etc.; realizar ejercicio regularmente; alimentarse según las recomendaciones médicas y nutricionales; manejar las alteraciones emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico: estrés, ansiedad y depresión; evitar el consumo de sustancias psicoactivas :alcohol, cigarrillo y drogas ilegales; adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual - ITS;

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

observar el propio cuerpo para detectar si hay cambios y; priorizar el cuidado de sí mismo, no descuidar el propio tratamiento por atender el de los demás, sacar tiempo para sí mismo, cuidar la apariencia física y la imagen personal, etc. (38).

El comportamiento de las personas en relación a la toma de medicamentos es extremadamente complejo e individual, por lo que se necesita de varias estrategias para mejorarla. La baja adherencia a la terapia antirretroviral se asocia con una mayor probabilidad de resistencia a los medicamentos y falla virológica. Es un certero determinante de la calidad de vida y la supervivencia entre las personas que viven con el VIH (39).

En 2019, Pharmacy Quality Alliance (2019) recomendó que la adherencia mayor al 90 % se considere óptima para los regímenes de TAR. También se ha planteado que el uso de un régimen de un solo comprimido está asociado con una mejor adherencia a los regímenes de TAR en comparación con los regímenes de múltiples comprimidos y en algunos estudios también se ha encontrado que está asociado con mejores resultados, incluidos niveles más altos de supresión viral, disminución hospitalizaciones y menores costos médicos (40).

La adherencia al tratamiento médico implica un concepto multifactorial, que se ve afectado por factores relacionados con la enfermedad, con el paciente (cognitivos, psicológicos), la relación médico-paciente, y con la sociedad. Los factores relacionados con la enfermedad incluyen los síntomas, el curso de la 17 enfermedad y los efectos secundarios. Los factores cognitivos y psicológicos incluyen la autoeficacia, el estado de depresión o ansiedad y el conocimiento de la medicación. Los factores relacionados con el proveedor incluyen relaciones entre el proveedor y el paciente, la provisión de instrucciones limitadas y servicios de baja calidad (41).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

La falta de adherencia es la razón más común del fracaso del tratamiento, con un riesgo potencial de desarrollar resistencia a los medicamentos a través de una supresión viral subóptima. La transmisión subsiguiente de cepas de VIH resistentes al TAR de primera línea aumenta la demanda de tratamiento de segunda línea, a menudo asociado con peores resultados de salud del paciente y mayores costos de atención médica. Por estas razones, una comprensión profunda de los determinantes de la adherencia al TAR es primordial (42).

2.2.Barreras que afectan la adherencia

La adherencia a la terapia ARV todavía se ve desafiada por múltiples barreras individuales; es decir, educación, alfabetización en salud, pobreza, uso de sustancias y barreras comunitarias o estructurales: estigma, divulgación, acceso a la atención, que limitan su durabilidad (43). La adherencia a los medicamentos antirretrovirales continúa siendo un importante predictor del éxito del tratamiento (44).

a) **Barreras relacionadas con el paciente**

Los factores relacionados con el paciente son muy variados, es incluyen variables socioeconómicas, demográficas, psicológicas, cognitivas y conductuales, el nivel de autoeficacia o funcionalidad, la falta de comprensión de su enfermedad, la falta de participación en el proceso de toma de decisiones del tratamiento y la alfabetización médica insuficiente. Las creencias y actitudes de salud del paciente sobre la efectividad del tratamiento, sus experiencias previas con terapias farmacológicas y la falta de motivación también afectan el grado de adherencia. En este apartado también se incluyen la falta de apoyo familiar; el consumo de alcohol y otras drogas (45); así como la mala salud mental. Por lo tanto, el empleo, los

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ingresos y la educación pueden desempeñar un papel importante en la comprensión del paciente de su enfermedad y la capacidad de participar en su manejo (46).

En este sentido, la autorepresentación que tenga el paciente de su enfermedad, es también un factor importante en la adherencia. Se conocen cinco componentes que modulan las percepciones/representaciones de enfermedades (47):

- Creencias sobre el impacto de la enfermedad en el paciente.
- Creencias sobre la cronicidad de la enfermedad.
- Creencias sobre la incontrolabilidad de la enfermedad por parte del paciente.
- Creencias sobre la incurabilidad de la enfermedad a través del tratamiento y la medicación.
- Creencias sobre los síntomas de la enfermedad tal como los experimenta el paciente).

Dos componentes adicionales representan percepciones/representaciones emocionales de la enfermedad; miedos y preocupaciones que experimenta el paciente acerca de la enfermedad; excitación emocional negativa que la enfermedad provoca en el paciente (47).

b) Barreras comunitarias o estructurales

Los factores estructurales que no están directamente relacionados con el paciente o los medicamentos también pueden influir en la adherencia. En este grupo de factores se incluyen la disponibilidad y accesibilidad limitadas de medicamentos antirretrovirales y establecimientos de atención médica para el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, el alto

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

costo de TAR y otros servicios de salud, la presencia de proveedores de atención médica sin experiencia en la provisión de TAR. Las relaciones personales, las creencias de los proveedores de atención médica, el tiempo de espera y los horarios de apertura, la disponibilidad de servicios de asesoramiento y el apoyo social, económico o psicológico para las personas que viven tanto en países en desarrollo como desarrollados pueden influir en la adherencia de manera positiva o negativa. Por lo tanto, garantizar la privacidad de las clínicas de TAR y las áreas de espera es fundamental para contribuir con la adherencia (48).

En cuanto a las barreras comunitarias; una que cobra gran importancia es el estigma social percibido, que conduce al estigma internalizado, lo que conlleva al estigma anticipado de la comunidad, que a su vez se asocia con una menor adherencia a la medicación. La asociación entre el estigma comunitario percibido y los resultados interpersonales, apoyo social y confianza en el médico, también pudiera estar mediada por el estigma internalizado y el estigma anticipado de manera serial. El estigma se refiere al proceso por el cual un grupo de personas es etiquetado como socialmente indeseable y estas personas son devaluadas debido a atributos o comportamientos que la sociedad considera profundamente desacreditadores. El estigma es un fenómeno social perjudicial. En el caso de las personas que viven con el VIH (PLWH), tiene efectos negativos en los resultados de salud, incluida la adherencia no óptima a la medicación, menor asistencia a consulta programada, mayor depresión y, en general, una menor calidad de vida (49).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

c) Barreras relacionadas con la relación médico-paciente y con el sistema de salud

Se aceptan que cuatro factores afectan los comportamientos de salud, que se relacionan con la relación médico-paciente: confianza, compasión, entrega de atención individualizada y capacidad de respuesta. Estas cualidades pueden fomentar la confianza y favorece la adherencia al plan de tratamiento propuesto. En este sentido, también se plantea que una adecuada relación médico paciente, reduce sustancialmente las ausencias o cancelaciones a citas médicas y el abandono del tratamiento (50).

Algunos de los factores relacionados con el sistema de salud incluyen los altos costos de los medicamentos, falta de transporte, la comprensión deficiente de las instrucciones de los medicamentos y los largos tiempos de espera en la farmacia. Adicionalmente, se considera que la disponibilidad de servicios auxiliares como el asesoramiento sobre salud mental; trastornos por uso de sustancias, apoyo financiero y asistencia con alimentos y vivienda podría reducir las barreras para la adherencia al TAR (51).

d) Barreras relacionadas con el tratamiento

En este punto, los efectos adversos del tratamiento tienen un impacto significativo en la adherencia de los pacientes al esquema terapéutico (52).

3. Virus De Inmunodeficiencia Humana - VIH

3.1.Biología

El VIH pertenece a la familia Retroviridae y su género es Lentivirus. Su tamaño es pequeño y, su forma tiende a la esfericidad. Al ser retrovirus, contiene un ARN monocatenario ssRNA, que se encarga de transmitir la información genética al momento de la replicación viral; también se caracteriza por tener una enzima

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

transcriptasa inversa RT, que se encarga de transcribir de forma inversa el ARN en ADN proviral. Este virus tiene un genoma conformado por 9 genes, con un tamaño aproximado de 9,8 kb. (53).

3.2.Epidemiología

A finales del 2021, cuarenta años después de las primeras descripciones de la infección por el VIH, sigue siendo un problema de salud a nivel global; con 1,5 millones de nuevas infecciones por el VIH y 680 000 muertes por causas relacionadas con el SIDA al inicio de ese año; en el que se registraron 37,7 millones de personas que vivían contagiadas, de los cuales, 10,2 millones no recibían tratamiento antirretroviral (14).

3.3.Diagnóstico

Establecer el periodo de tiempo adecuado para realizar el diagnóstico de la infección por el VIH no siempre resulta fácil, ya que en pocos casos se conoce con precisión la fecha en que se tuvo el contacto de riesgo. Así, deben tenerse en cuenta aspectos como el periodo de eclipse y de ventana (Delaney et al., 2017). El primero hace mención al tiempo después de la exposición durante el que ninguna prueba de VIH disponible lo detecta. La duración de este período varía según las características del virus infectante y del hospedero; pero, el promedio de duración es de unos 11,5 días. Por otra parte, el periodo de ventana se denomina al tiempo que pasa desde la exposición hasta que una prueba puede detectar el VIH. No es igual en todos los casos, y puede ser más prolongado si se utilizó tratamiento preventivo pre o post exposición (54).

Para efectos de iniciar tempranamente el proceso de atención integral del paciente con infección por VIH, el diagnóstico inicial debe realizarse a través del uso de pruebas rápidas, de acuerdo al flujograma de a diagnóstico de infección por VIH

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

en adultos. Se considera como paciente con infección por VIH, a aquella persona en quien se presenta alguno de los supuestos (55):

a) Dos pruebas rápidas de detección de anticuerpos para VIH tercera generación de diferentes fabricas con resultados reactivos.
b) Una prueba rápida de detección de anticuerpos para VIH tercera generación y una prueba rápida de detección de anticuerpos y antígeno para VIH cuarta generación, con resultados reactivos.
c) Una prueba rápida para VIH tercera o cuarta generación y un ELISA para VIH con resultados reactivos.
d) Una prueba rápida para VIH tercera o cuarta generación con resultados reactivo y una prueba confirmatoria Carga viral, IFI o Inmunoblot positivo.

Una vez definido el caso, se debe iniciar todo el proceso de atención y evaluaciones necesarias para el ingreso temprano al TAR. Todos los casos identificados deben de contar con pruebas de confirmación Carga viral, IFI o Inmunoblot, sin que estos resultados retrasen el inicio temprano del tratamiento cuando se considere pertinente. Los pacientes con resultados reactivos a las pruebas de tamizaje de VIH de Laboratorios y Bancos de Sangre públicos y privados, deben referirse a los servicios de prevención y control de VIH/SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis del establecimiento de salud que brindan atención a pacientes con infección por VIH, garantizándose su vinculación para su evaluación e inicio de TAR según corresponda. La clasificación clínica e inmunológica de la infección por VIH, se realizará según lo establecido por la Organización Mundial de La Salud - OMS (37).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 1. Clasificación Clínica e Inmunológica de la Infección por el VIH Según la OMS 2007

Síntomas asociados a la infección por el VIH	Estadio clínico	Valor de cd4 (valor absoluto por mm3)
Asintomático	1	> 500
Síntomas leves	2	350-499
Síntomas avanzados	3	200-349
Síntomas graves (SIDA)	4	< 200

Fuente: "Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)". NTS N° 169-MINSA/2020/DGIESP.

Tabla 2. Clasificación Clínica de la Infección por el VIH en Adultos y Adolescentes con Infección por el VIH Confirmada - OMS 2007

Estadio clínico 1
• Asintomático. • Linfadenopatía generalizada persistente.
Estadio clínico 2
• Pérdida moderada de peso idiopática* (menos de 10% del peso corporal presumido o medido)** • Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media). • Herpes zóster. • Queilitis angular. • Úlceras orales recurrentes. • Erupciones papulares pruriginosas. • Dermatitis seborreica. • Onicomicosis.
Estadio clínico 3
• Pérdida grave de peso idiopática (más de 10% del peso corporal presumido o medido) • Diarrea crónica idiopática durante más de un mes. • Fiebre persistente idiopática (mayor de 37, 5º C, intermitente o constante, durante más de un mes). • Candidiasis oral persistente. • Leucoplasia oral vellosa. • Tuberculosis pulmonar. • Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia). • Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulcerativa necrotizante aguda. • Anemia (< 8 g/dl), neutropenia (< 0,5 x 109/l) y/o trombocitopenia crónica (< 50 x 109/l) idiopática.
Estadio clínico 4 * **

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Síndrome de consunción por VIH.
- Neumonía por Pneumocystis.
- Neumonía bacteriana grave recurrente.
- Infección crónica por herpes simple (orolabial, genital o anorrectal de más de un mes de duración, o visceral de cualquier duración).
- Candidiasis esofágica (o candidiasis de la tráquea, los bronquios o los pulmones).
- Tuberculosis extrapulmonar.
- Sarcoma de Kaposi.
- Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos).
- Toxoplasmosis del sistema nervioso central.
- Encefalopatía por VIH.
- Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis).
- Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Criptosporidiasis crónica.
- Isosporiasis crónica.
- Micosis sistémica (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis).
- Septicemia recurrente (incluyendo por Salmonella no tifoidea).
- Linfoma (cerebral o de células B, no Hodgkin).
- Carcinoma cervical invasivo.
- Leishmaniosis atípica diseminada.
- Nefropatía sintomática asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH.

Fuente: "Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)". NTS N° 169-MINSA/2020/DGIESP.

*Idiopática se refiere a la condición que no puede ser explicada por otra causa.
**En la evaluación del peso en la embarazada se debe considerar la ganancia de peso esperada.
*** En las clasificaciones regionales también pueden incluirse algunas afecciones adicionales especificas (como la reactivación de la tripanosomiasis americana - meningoencefalitis o miocarditis- en la región de las Américas, la penicilliosis en Asia y la fistula en rectovaginal asociada al VIH en África.

4. Tratamiento Antirretroviral (TAR)

El tratamiento de la infección por VIH/SIDA se da a través del tratamiento antirretroviral de gran actividad que consiste en la combinación de tres o más medicamentos antirretrovirales inhibidores de la transcriptasa inversa e inhibidores de la proteasa, que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmune de las personas con infección por VIH, viendo a la enfermedad no necesariamente de forma fatal sino como una enfermedad crónica (37).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4.1.Objetivos del TAR

Según Apaza y Ortega (56) los objetivos del TAR son (55):

- Disminuir la carga viral a niveles indetectables
- Disminuir la frecuencia de infecciones oportunistas
- Disminuir la mortalidad y aumentar la supervivencia
- Mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH
- Disminuir la aparición de cepas resistentes
- Disminuir la transmisión de la infección del VIH

4.2.Equipo multidisciplinario para la atención de pacientes con VIH

La atención de pacientes con infección VIH será multidisciplinario y estará compuesto por: infectólogo (a) o médico cirujano, licenciado(a) en enfermería, obstetra, químico-farmacéutico y tecnólogo(a) médico/a o biólogo(a) y según la disponibilidad de recursos en la institución de salud se debe incorporar al profesional psicólogo, trabajador(a) social, nutricionista y otros (55).

4.3.Del tratamiento antirretroviral (TAR)

a) El inicio de TAR deben realizarse dentro del plazo más corto posible. De no haber completado la evaluación del equipo multidisciplinario, estas se complementarán posterior al inicio del TAR (55).

b) La evaluación médica para el inicio de TAR debe incluir una anamnesis adecuada y examen físico completo, priorizando la búsqueda de signos de inmunosupresión y la presencia de enfermedades oportunistas (55).

c) La indicación de inicio de TAR, en toda persona con infección por VIH, es independiente del estdo clínico y/o su recuento de linfocitos T CD4 y carga viral (55).

d) Todos los pacientes deben contar con los siguientes exámenes auxiliares básicos para el inicio de TAR (55):

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Pruebas de laboratorio básicas: Hemograma completo, transaminasa glutámico pirúvica TGP, glucosa en ayunas, creatinina sérica. En las mujeres en edad fértil además realizar test de embarazo.
- Radiografía de tórax.
- Dos baciloscopias en esputo para descartar de TB pulmonar, en pacientes sintomáticos respiratorios.
- Detección de otras ITS: antígeno de superficie y anti core total para virus de la hepatitis B, anticuerpos para virus de la hepatitis C y pruebas para el diagnóstico de sífilis (prueba rápida, RPR O VDRL).
- Recuento basal de linfocitos T CD4 y carga viral CV, según orden de laboratorio para pruebas de CD4 y CV, sin embargo, no se requieren los resultados para el inicio del TAR.

e) El ingreso al TAR es voluntario, y se realizara previa información al paciente sobre los beneficios y riesgos del tratamiento, de los riesgos de no recibir oportunamente el tratamiento antirretroviral; así como de los derechos y obligaciones que tiene como paeinte. El consentimiento del paciente de iniciar el tratamiento se documenta a través de la "Hoja de consentimiento informado para el inicio de tratamiento antirretroviral en el adulto con VIH", el cual será firmado por el paciente y el médico tratante (55).

f) En casos de pacientes con signos aparentes de alguna in capacidad prevista en los artículos 43 y 44 del código Civil, sobre incapacidad absoluta e incapacidad relativa, respectivamente, en tanto no se designe a su representante, el consentimiento podrá ser otorgado en forma excluyente y en el siguiente orden: a) el o la cónyuge o concubina, con reconocimiento judicial o notarial de unión de hecho; b) descendientes mayores de edad; c) padres; d) hermanos; prefiriéndose el más próximo al más distante, y en igualdad de grado al más idóneo(55).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

g) Los esquemas de tratamiento antirretroviral para pacientes nuevos están basados en la combinación de dos medicamentos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR), más un tercer medicamento, el cual debe elegirse de acuerdo a la evaluación individual de los pacientes (55).

h) El esquema de primera línea de elección para pacientes adultos con infección por VIH, sin antecedentes de uso de antirretrovirales será (55):

Tabla 3. Esquema de primera línea para tratamiento antirretroviral de la infección por VIH.

Esquema de elección	Dosis
Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg/Dolutegravir 50mg.	1 tableta en DFC* cada 24 horas.

Fuente: "Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)". NTS N° 169 MINSA/2020/DGIESP
*DFC: Dosis Fija Combinada

i) Si el uso del esquema de elección está contraindicado o si presenta eventos adversos relacionados al uso de Dolutegravir, el esquema alternativo será (55):

Tabla 4. Esquema alternativo.

Esquema de elección	Dosis
Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg/ Efavirenz 400mg o Tenofovir 300mg/Emtricitabina 200mg/ Efavirenz 600mg.	1 tableta en DFC cada 24 horas.

Fuente: "Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)". NTS N° 169-MINSA/2020/DGIESP.

j) Si el uso de Tenofovir TDF esta contraindicado, este será reemplazado por Abacavir ABC. Se preferirán esquemas en DFC (55).

k) En pacientes antes tratados o que abandonen el TAR, se deberá reiniciar el ultimo esquema TAR que el paciente estuvo recibiendo y realizar un control

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

virológico a las 6 a 8 semanas de tiramiento. De no obtener supresión virológica, se solicitara un evo control virológico a las 4 semanas y de persistir la carga viral mayor de 1000 copias/ml, se solicitara la prueba de genotipificación (55).

l) En el caso del manejo de mujeres con VIH, considera las interacciones con los anticonceptivos antes de iniciar o cambiar un esquema de TAR. La gestante con VIH debe ser atendida de manera integral de acuerdo a los dispuesto en las normas vigentes, asegurando el seguimiento individualizado y monitoreo clínico (55).

m) En pacientes con fracaso virológico a esquemas de primera línea, y en los que se sospeche resistencia viral, se recomienda una prueba de genotipificación a través de la página web del Instituto Nacional de Salud https://www.netlab.ins.gob.pe/FrmNewLogin.aspx. El establecimiento de salud solicitante enviara la muestra al INS para que según el resultado pueda definirse el esquema de segunda línea a utilizar (55).

n) Los medicamentos disponibles como parte de los esquemas de segunda línea de rescate o para casos especiales son: Ritonavir (como potenciador), Lopinavir/ritonavir, Darunavir, Atazanavir, Etravirina, Doravirina, Rilpivirina, Raltegravir, Dolutegravir, Zidovudina y Maraviroc (55).

o) Terapia antirretroviral para pacientes que fallan a esquemas de primera línea (55):

Tabla 5. Esquemas de segunda línea recomendada

Esquemas Tripes	Fuente
TDF/FTC (o TDF+3TC) + DRV/rtv (o DRV + rtv)	Estudio ODIN, TITAN

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

TDF/FTC (o TDF+3TC) + RAL	Estudio BENCHMARK -1, BENCHMARK 2
TDF/FTC (o TDF+3TC) + ETV	Estudio TMC 125-C227
TDF/FTC (o TDF+3TC) + ATV/rtv	Estudio 045
TDF/FTC (o TDF+3TC) +LPV/rtv	Estudio M05 - 730
DRV + RAL + ETV	Estudio TRIO
TDF/FTC (o TDF+3TC) + DTG	Estudio DAWNING, para pacientes que fallan a ABC/3TC O AZT/3TC + EFV
AZT/3TC + DTG	OMS 2019
Esquemas Duales	
LPV/rtv + RAL	Estudio SECOND LINE, EARNEST, A5373 SELECT STUDY

Fuente: "Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)". NTS N° 169-MINSA/2020/DGIESP.

p) La elección del esquema de segunda línea dependerá de la evaluación individual de cada paciente, donde se valorará el uso previo de antirretrovirales, presencia de mutaciones de resistencia en los resultados de genotipificación y presencia de comorbilidades (55).

4.4.Del monitoreo del paciente con VIH en TAR.

Luego del inicio del TAR y para fortalecer la adherencia al TAR, el paciente debe ser evaluado por el médico tratante mensualmente los primeros tres meses y luego cada tres meses hasta el segundo año, y cada seis meses a partir del tercer año. Esta frecuencia de controles puede variar según indicación clínica y adherencia del paciente al TAR (55).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO II:

METODOLOGÍA

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

METODOLOGÍA

1. Tipo y nivel de investigación

1.1.Tipo de investigación

Es una investigación de campo y transversal.

1.2.Nivel de investigación

Explicativo y relacional.

2. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

2.1.Técnica

Para las variables de Estigma internalizado y Adherencia al tratamiento se utilizó la técnica de la encuesta para la aplicación de los cuestionarios.

2.2.Instrumento

Para la variable "Estigma internalizado", se utilizó la Escala de Estigma asociado al VIH de Berger abreviada y validada para la población peruana por Franke, et. al. (66). Y para la variable "Adherencia al tratamiento." se utilizó el Cuestionario de evaluación de la adhesión al Tratamiento Antirretroviral CEAT – VIH, validado por Tafur, Alfaro, García y Faus, que mida la variable señalada (12).

3. Cuadro de coherencia

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO	ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO
Estigma internalizado	Estigma establecido.	Encuesta	Escala de Estigma asociado al VIH de Berger abreviada y validada para la población peruana por Franke, et. al. (2010)	ITEMS: 1, 2, 3, 4, 5
	Preocupaciones de divulgación de estatus.			6, 7, 8, 9, 10
	Autoimagen negativa.			11, 12, 13, 14, 15, 16,
	Preocupaciones por actitudes públicas.			17, 18, 19, 20, 21
Adherencia el tratamiento	Cumplimiento del tratamiento	Encuesta	CEAT - VIH Cuestionario de evaluación de la adhesión al Tratamiento Antirretroviral, validado por Tafur, Alfaro, García Y Faus (2008)	ITEMS: 1, 5, 7, 12, 19
	Factores moduladores de la adherencia al tratamiento.			2,3,4
				6,13
				8,9,10,11,14,15,16,17,18,
				20

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

4. Campo de verificación

4.1.Ubicación espacial

El presente trabajo de investigación se realizó en el Servicio de CERITS Del Hospital Antonio Lorena, Cusco.

4.2.Ubicación temporal

La presente de investigación se realizó en el año 2023.

4.3.Unidades de estudio

Pacientes que son atendidos en el servicio de CERITS con diagnóstico de VIH en número de 100 que constituyen el 100 %, del Hospital Antonio Lorena, Cusco-2023.

a) Criterios de Exclusión:

- Menores de edad
- Paciente que no tenga el Diagnostico de VIH
- Paciente con incapacidad mental para responder el cuestionario.
- Paciente que no desee participar en la investigación.

b) Criterios de Inclusión:

- Mayor de 18 años
- Paciente VIH Reactivo
- Ambos Sexos
- Paciente que acepta la participación de manera voluntaria, mediante una carta de consentimiento informado.
- Pacientes con tratamiento TAR
- Pacientes que abandonaron el tratamiento TAR

5. Estrategia de recolección de datos

a. Coordinación con la escuela de Post grado.
b. Coordinación con el director del Hospital Antonio Lorena para la autorización respectiva en la aplicación del instrumento y la recolección de datos.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

c. Coordinación con la jefa del servicio de CERITS Del Hospital Antonio Lorena para:

• Aplicación de los instrumentos.

• La motivación del paciente para solicitar una entrevista.

• El horario para la recolección de datos se realizará en horario de mañana y tarde.

Una vez que se recolecte toda la información, este se sistematizara, por las pruebas estadísticas, para posteriormente interpretarlo y tener las conclusiones finales y así poder dar nuestras sugerencias del caso.

6. Recursos

6.1 Humanos

- Investigadora: Elizabeth Gutiérrez Suna
- Estadista
- Población de estudios (pacientes con diagnostico VIH/SIDA)

6.2. Materiales

• Fichas de datos
• Material de escritorio
• Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico
• Financieros
• Autofinanciado

7. Validación de los instrumentos

7.1.Ficha sociodemográfica (Anexo 1)

7.2.Escala de Estigma asociado al VIH de Berger abreviada y validada para la población peruana por Franke, et. al. (2010) (Anexo 2)

Descripción de la prueba: Para medir el estigma percibido, se utilizará el HIV Stigma Scale (26), en su versión adaptada y abreviada al contexto peruano (66). El objetivo de la prueba es medir el nivel de estigma percibido y los aspectos psicosociales relacionados al VIH.

El instrumento cuenta con 21 ítems y tiene una escala de calificación de tipo Likert con cuatro puntos de respuesta, donde 4= Casi siempre, 3= A veces, 2= Rara vez

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

y 1= Casi nunca. Todos los ítems se agrupan en 4 factores o subescalas, que son (66):

- Estigma ejecutado, entendido como las consecuencias vivenciadas cuando otras personas conocen el estado seropositivo.
- Preocupaciones de revelación, relacionado al control de la información sobre su estado VIH a causa de las posibles consecuencias negativas.
- Autoimagen negativa, relacionada al sentirse mal con respecto a uno mismo por tener VIH.
- Preocupación sobre actitudes de los otros con respecto a personas con VIH, dimensión alude a lo que la persona con VIH cree que otras personas pueden pensar y hacer cuando conocen de su condición.

Validez y confiabilidad: El instrumento original fue creado por Berger y colaboradores (26), cuenta con 40 ítems. En su validación original, el coeficiente de confiabilidad del instrumento fue de .96 y de .92 en el retest aplicado 21 días después en promedio. Para identificar la validez del constructo, se realizaron correlaciones con constructos relacionados, tales como autoestima -.60, depresión 63, conflicto social .59, integración social subjetiva -.65, disponibilidad de soporte social -.54, y validación del soporte social -.54. (26).

Franke et al., validaron y adaptaron la escala Berger para estigma relacionado al VIH en la población peruana. El estudio se realizó con 131 adultos que llevaban tratamiento en el programa TARGA. El resultado fue una escala validad de 21 preguntas con validez interna alfa de Cronbach = 0.89 y la validez de constructo fue evaluada mediante una correlación positiva con depresión, utilizando The Hopkins Symptom Checklist, y una correlación negativa con calidad de vida, medida a través de The Medical Outcomes Study HIV Health Survey $P<0.01$. La cual fue muy similar a la escala original oscilando los resultados de los originales entre 0.90 y 0.93 de sus dimensiones y sus 40 ítems (66).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

7.3. CEAT – VIH Cuestionario de evaluación de la adhesión al Tratamiento Antirretroviral, validado por Tafur, Alfaro, García Y Faus (2008) (Anexo 3).

Descripción de la prueba: La medición de la adhesión al tratamiento de la muestra se realizará con el instrumento español Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral CEAT-VIH, (67) adaptado para su uso en Perú por Tafur y colaboradores (2008). El cuestionario mide el grado de adhesión al tratamiento TARGA de los pacientes con VIH en la última semana, identificando los factores que influyen en la adhesión y en la no-adhesión a través del auto informe (67).

El cuestionario cuenta con 20 ítems organizados en 4 factores: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción con el médico, creencias del paciente y estrategias para mejorar la adherencia. Asimismo, el instrumento cuenta con percentiles de puntuación para su clasificación en 4 niveles de adherencia: baja, insuficiente, adecuada y estricta (67).

Validez y confiabilidad: La muestra en la cual se validó el cuestionario fue conformada por 92 personas con VIH en un hospital de España. Las personas se encontraban en un rango de edad de 24 a 69 años, siendo la mayoría varones 57.6 % con estudios primarios completos 51 %. Se aplicó el CEAT-VIH junto con otras escalas para el estudio de apoyo social, estrés, ansiedad y depresión. Posteriormente se revisaron las historias clínicas de cada participante.

El coeficiente de confiabilidad de la prueba fue de $\alpha = .73$ y fue validada con el criterio externo, hallándose una correlación inversa entre la adhesión total y la carga viral tanto de la línea base $r = -.24$; $p < .05$, como a los 6 meses de seguimiento $r = -.27$; $p < .01$ (67).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Para su validación en Perú (Tafur et al., 2008), el CEAT-VIH fue aplicado a 41 pacientes TARGA. La validación buscaba que el instrumento pudiera ser utilizado para la Estrategia Sanitaria Nacional para la prevención y control de las ITS, VIH y SIDA del MINSA. Con este fin, se realizaron modificaciones para la adaptación cultural y cambios en algunas palabras de los ítems en base a los comentarios recibidos por los participantes, para su adaptación lingüística. Respecto a la consistencia interna de la prueba se halló una confiabilidad de .71 y la validez de criterio externa fue medida a través de la correlación positiva entre la adhesión y el recuento de CD4 r= .44, p< .005, y la correlación negativa entre la adhesión total y la carga viral r= - .55, p<.005 (12).

Respecto a la confiabilidad de la prueba, un primer análisis de consistencia interna arroja un alfa de .49, inspeccionando las correlaciones ítem-test se detectó que el ítem 7 mostraba una correlación de -.43. Cabe señalar no se pudo llenar el ítem 5 dado que esto suponía un acceso a historia clínica, acceso al cual no tuvo; por ello, los análisis no lo incorporan. Dado que se omitió un ítem, se decidió no retirar el ítem de menor correlación (ítem 7) para no afectar en mayor medida la puntuación del instrumento. Por esta razón, la investigación calificó el CEAT-VIH según su puntuación global. (12)

Criterios para el manejo de resultados

Los datos registrados en los Anexos 1, 2 y 3 fueron tabulados y pasados a una matriz de sistematización en Excel 2019, los resultados obtenidos fueron interpretados y discutidos con relación a los objetivos del proyecto de investigación. Para el procesamiento de los datos, se utilizará el programa estadístico SPSS y para el análisis estadístico de estas variables, se utilizó El coeficiente de correlación r de Pearson.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

CAPITULO III:
RESULTADOS Y DISCUSION

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RESULTADOS

Tabla 6. Población según edad

Edad	F	%
18-34	43	43,0%
35-50	29	29,0%
51-a mas	28	28,0%
Total	**100**	**100,0%**

Se observa que el mayor porcentaje de la población encuestada está en el grupo de 18-34 años (43%), seguida de un 29 % que están entre 35-50 años y en un 28% a mayores de 51 años.

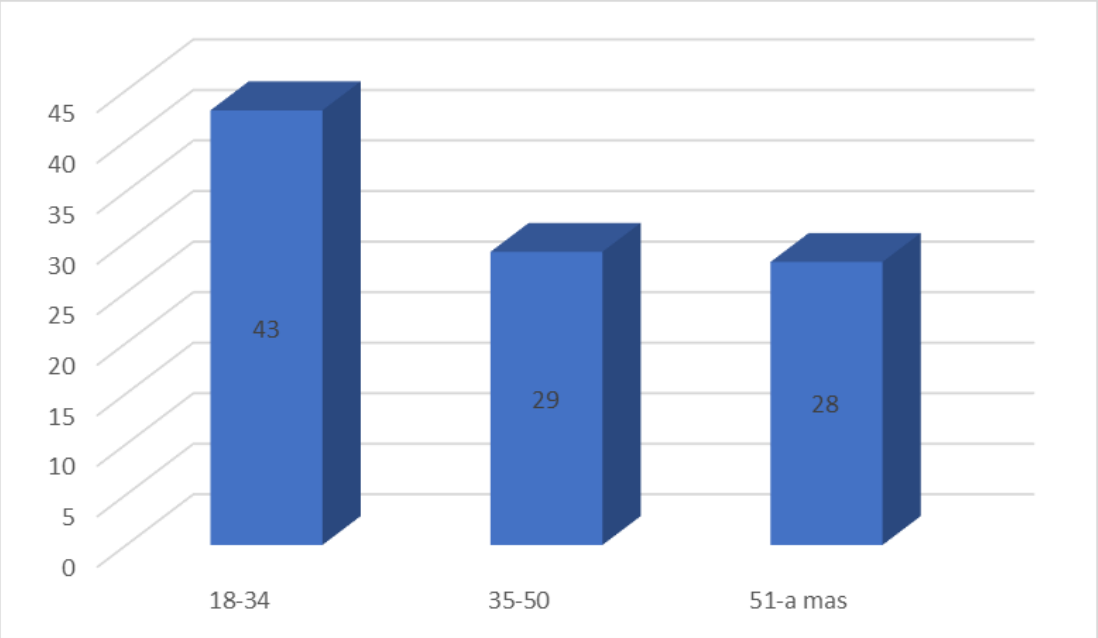


Figura 1. Población según edad

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 7. Población según sexo

Sexo	**F**	**%**
Femenino	17	17,0%
Masculino	83	83,0%
Total	**100**	**100,0%**

Se observa que existe una predominancia masculina de 83% y un 17 % son de sexo femenino.

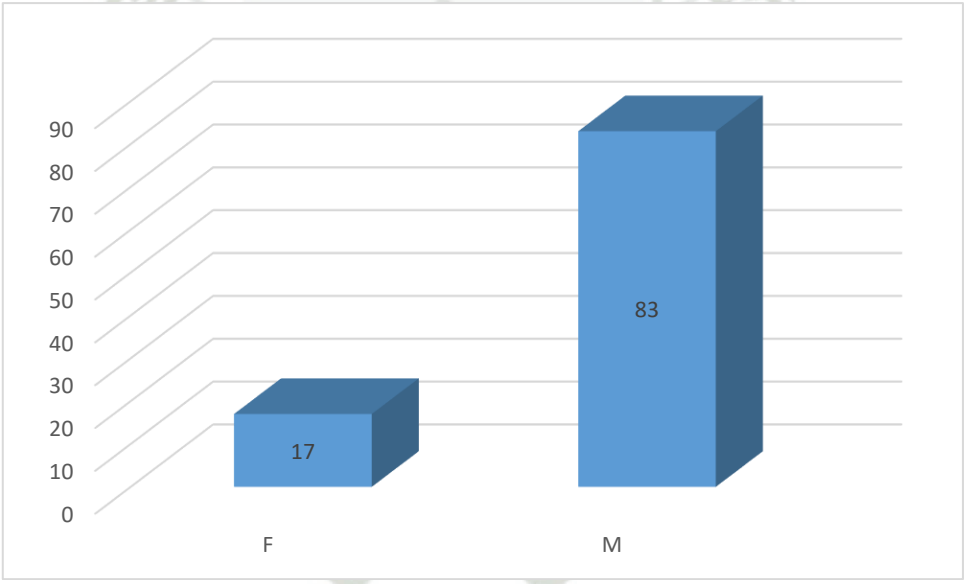


Figura 2. Población según sexo

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 8. Población según grado de escolaridad

Grado de escolaridad	**F**	**%**
Primaria completa	17	17,0%
Primaria incompleta	9	9,0%
Secundaria completa	30	30,0%
Secundaria incompleta	9	9,0%
Superior completa	6	6,0%
Superior incompleta	11	11,0%
Técnica completa	3	3,0%
Técnica incompleta	15	15,0%
Total	**100**	**100,0%**

Se observa el grado de escolaridad de la población encuestada tiene 30 % educación secundaria completa y 3 % técnica completa.

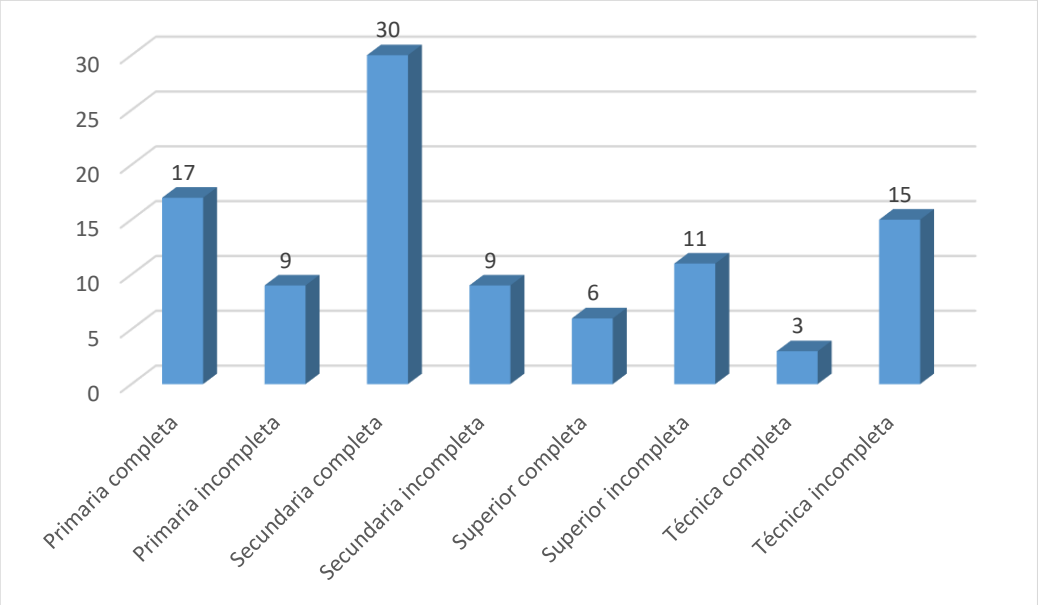


Figura 3. Población según grado de escolaridad

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Estado civil	**F**	**%**
Casado/Conviviente	24	24,0%
Separado/Divorciado	5	5,0%
Soltero	69	69,0%
Viudo	2	2,0%
Total	**100**	**100,0%**

Se puede observar que el 69% de los pacientes tiene estado civil de solteros y el 2% son viudos.

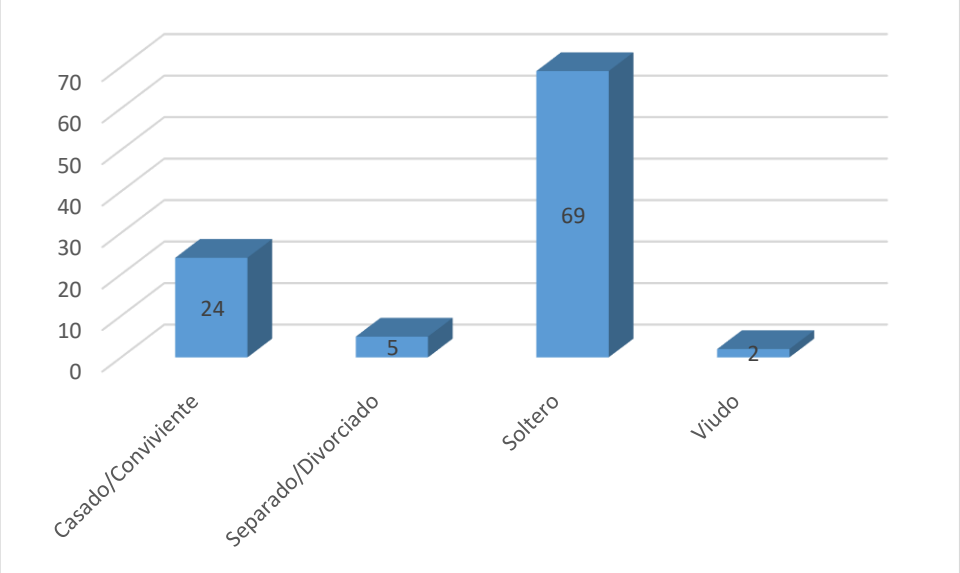


Figura 4. Población según estado civil

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 9. Población según orientación sexual

Orientación sexual	**F**	**%**
Bisexual	7	7,0%
Heterosexual	5	5,0%
Homosexual	86	86,0%
Otro	2	2,0%
Total	**100**	**100,0%**

Se puede observar el 86% de los participantes se identifican como homosexuales y el 2% tienen otro tipo de orientación sexual.

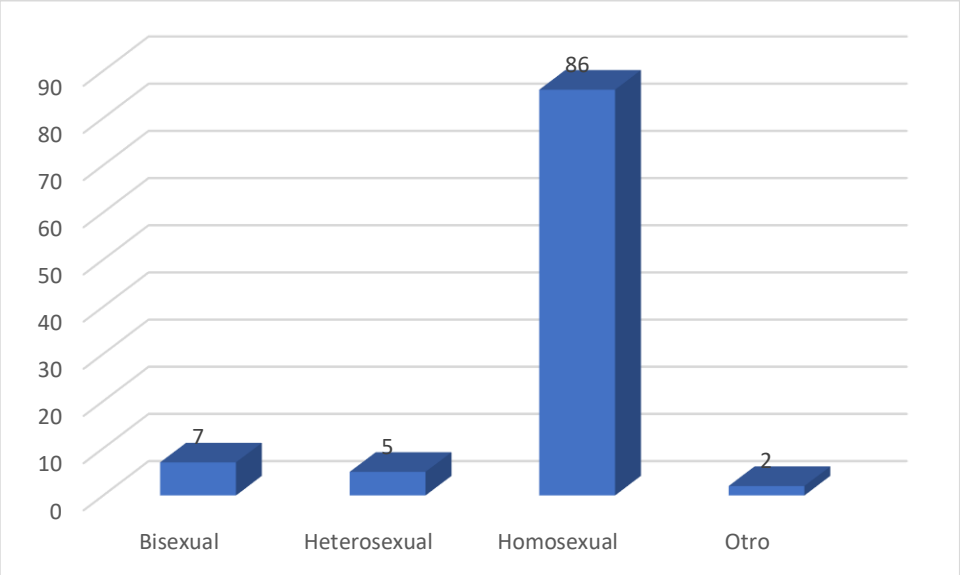


Figura 5. Población según orientación sexual

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 10. Población según ocupación

Ocupación	**F**	**%**
Desempleado	13	13,0%
Empleado	50	50,0%
Hogar	9	9,0%
Independiente	28	28,0%
Total	**100**	**100,0%**

Se observa que el 50% de los participantes trabaja como empleados y el 9 % se dedican al hogar.

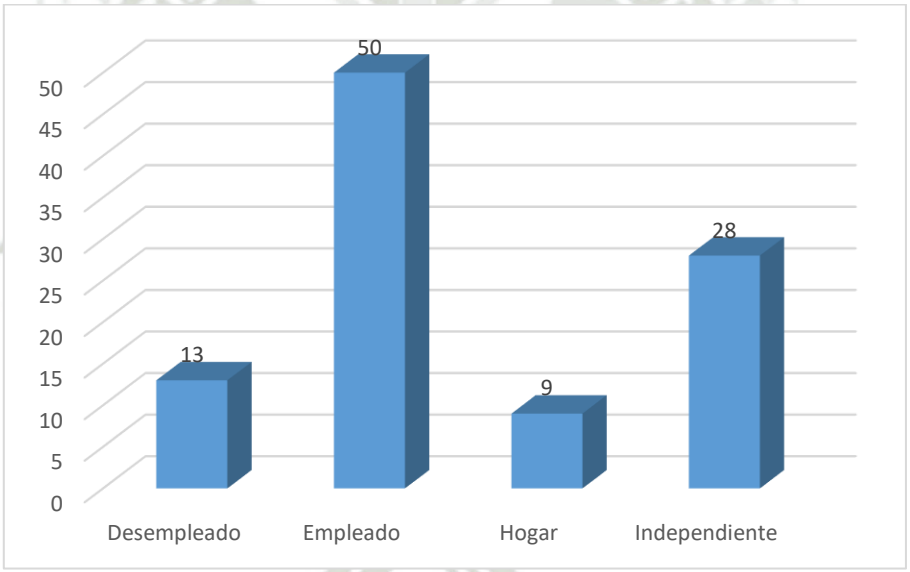


Figura 6. Población según ocupación

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Tabla 11. Población según religión

Religión	**F**	**%**
Adventista	4	4,0%
Católica	77	77,0%
Mormón	7	7,0%
Otro	12	12,0%
Total	**100**	**100,0%**

Se observa la religión predominante es la católica con un 77% y un 4% son adventista.

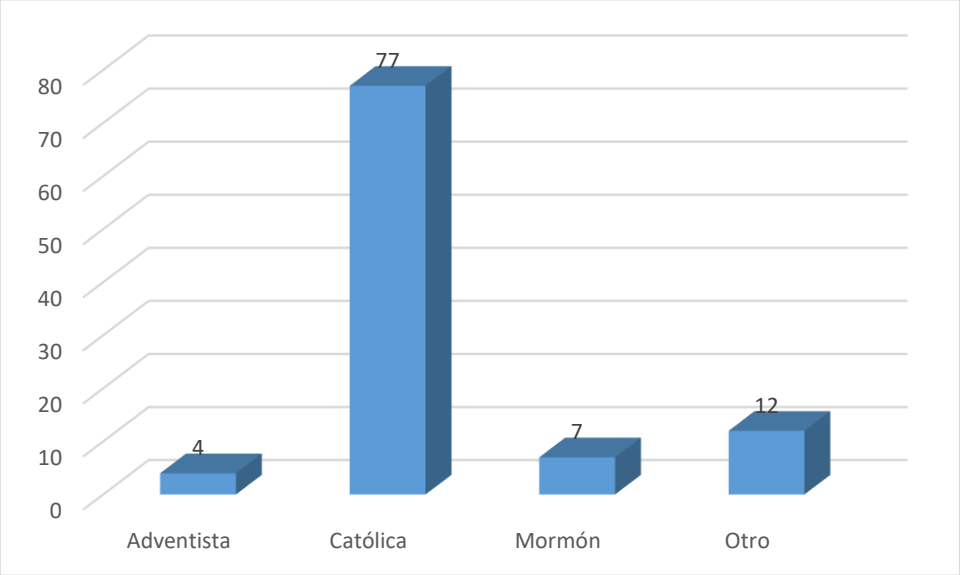


Figura 7. Población según religión

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 12. Población según lugar de procedencia

Lugar de procedencia	F	%
Apurímac	12	12,0%
Arequipa	9	9,0%
Cusco	33	33,0%
Extranjero	7	7,0%
Lima	24	24,0%
Moquegua	6	6,0%
Otro	3	3,0%
Puno	6	6,0%
Total	**100**	**100,0%**

Según el lugar de procedencia de los pacientes con VIH/ SIDA, se puede observar el 33% proviene de Cusco y el 3 % provienen de otras regiones del Perú.

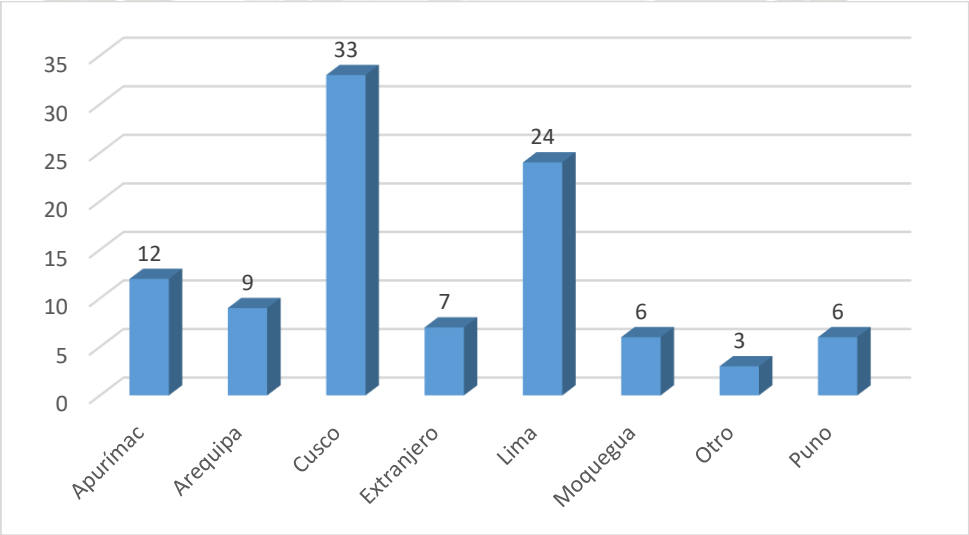


Figura 8. Población según lugar de procedencia

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 13. Población según forma de adquisición del virus

Forma de adquisición del virus	F	%
Compartir agujas	1	1,0%
Contacto sexual	90	90,0%
No sabe	9	9,0%
Transfusión de sangre	0	0,0%
Transmisión vertical	0	0,0%
Total	**100**	**100,0%**

Según la forma de adquisición del virus dentro de los participantes se observar el 90% fue por contacto sexual y 1% por compartir agujas.

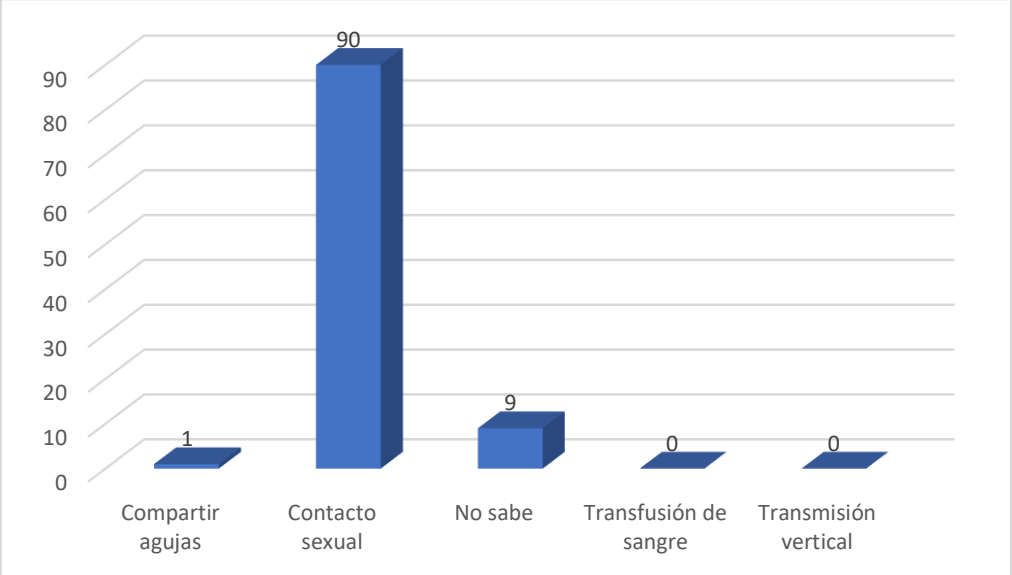


Figura 9. Población según forma de adquisición del virus

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 14. Población según apoyo familiar

Apoyo familiar	**F**	**%**
NO	57	57,0%
SI	43	43,0%
Total	**100**	**100,0%**

Según el apoyo familiar con que los participantes cuentan, se puede observar que la mayoría no cuenta con apoyo familiar (57%) y un 43 % si cuenta con apoyo familiar.

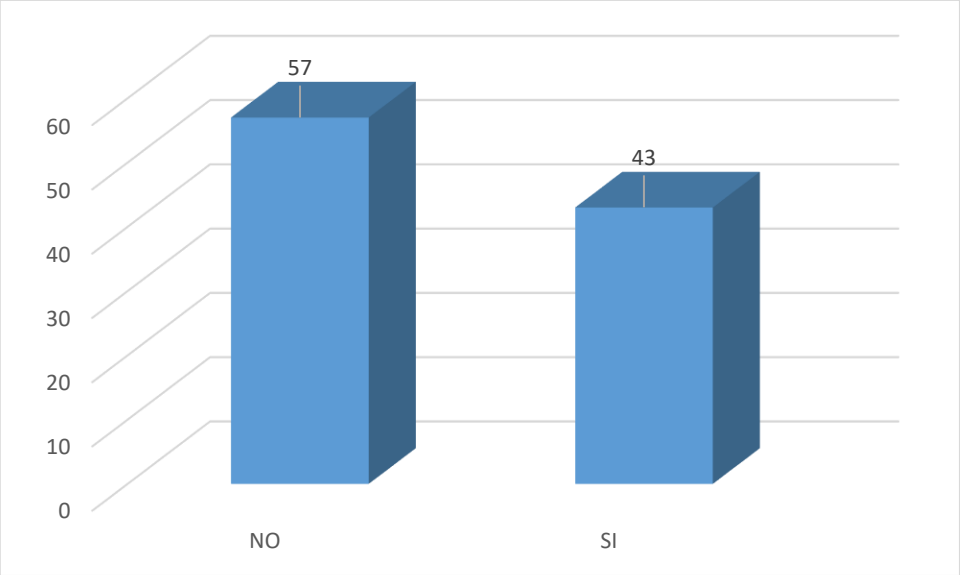


Figura 10. Población según apoyo familiar

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 15. Población según tiempo de diagnóstico

Tiempo de diagnóstico (años)	F	%
0-5 años	39	39,0%
6-13 años	48	48,0%
14-20 años	13	13,0%
Total	**100**	**100,0%**

Según el tiempo de diagnóstico que tiene los pacientes, se observa el 48 % tiene un tiempo de diagnóstico de 6 a 13 años y un 13% tiene entre 14 y 20 años de diagnóstico.

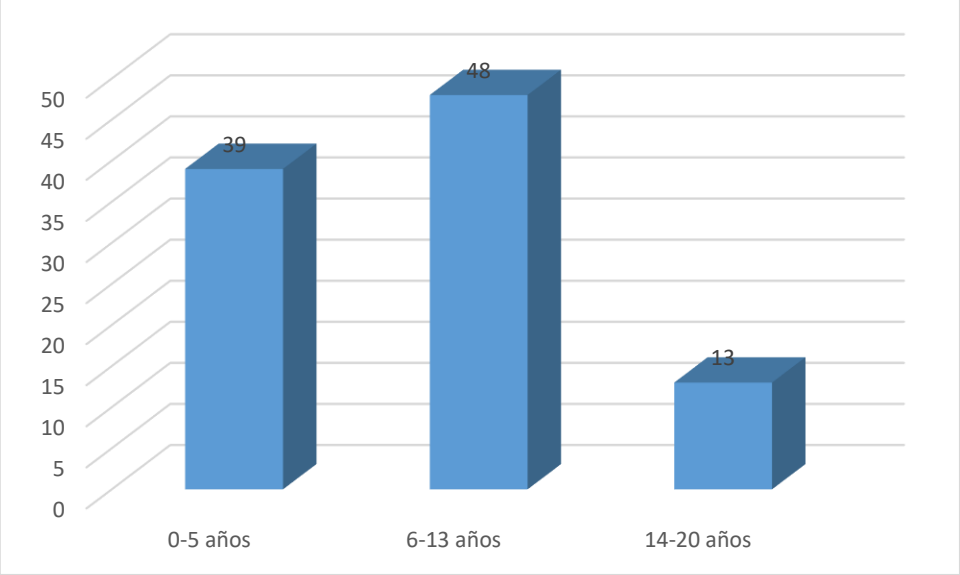


Figura 11. Población según tiempo de diagnóstico

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 16. Población según tiempo de TAR

Tiempo de TAR (años)	F	%
0-5 años	22	22,0%
6-13 años	45	45,0%
14-20 años	33	33,0%
Total	**100**	**100,0%**

Según el tiempo de tratamiento antirretroviral se puede observar que 45 % de pacientes toman entre 6 a 13 años y un 22% se encuentran recibiendo TAR de 0 a 5 años.

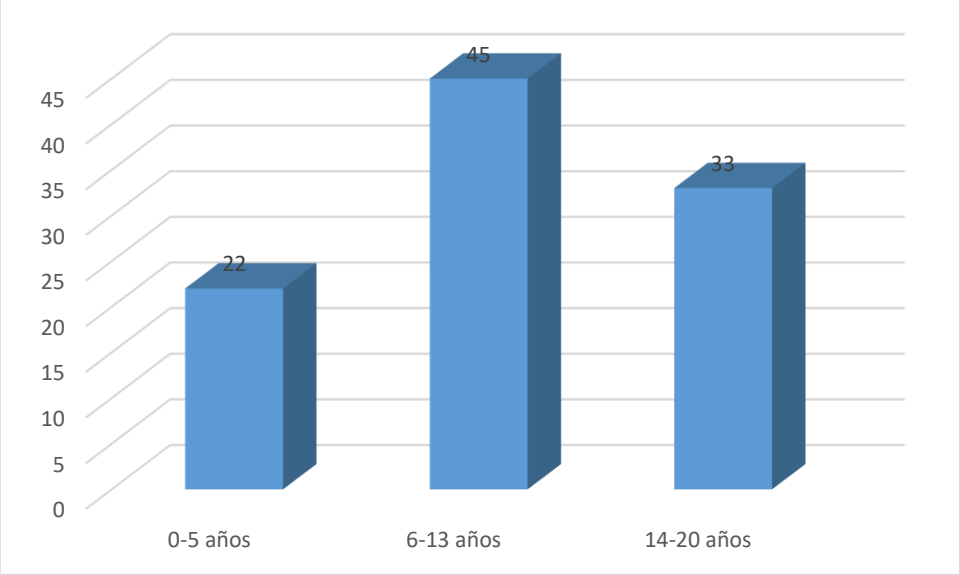


Figura 12. Población según tiempo de TAR

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 17. Población según efectos secundarios del TAR

Efectos secundarios del TARGA	**F**	**%**
Alteración del sueño	12	12,0%
Cansancio	11	11,0%
Diarrea	6	6,0%
Dolor abdominal	4	4,0%
Dolor de cabeza	5	5,0%
Mareos	12	12,0%
Nauseas/vómitos	11	11,0%
Sequedad en la boca	7	7,0%
Ninguno	32	32,0%
Total	**100**	**100,0%**

La tabla nos muestra que el 32% no reporta efectos secundarios; pero hay una variedad de efectos secundarios que suman un 68 %, dentro de ellos el que más porcentaje tiene es alteración del sueño y mareos con un 12% y en menor porcentaje dolor abdominal 4%.

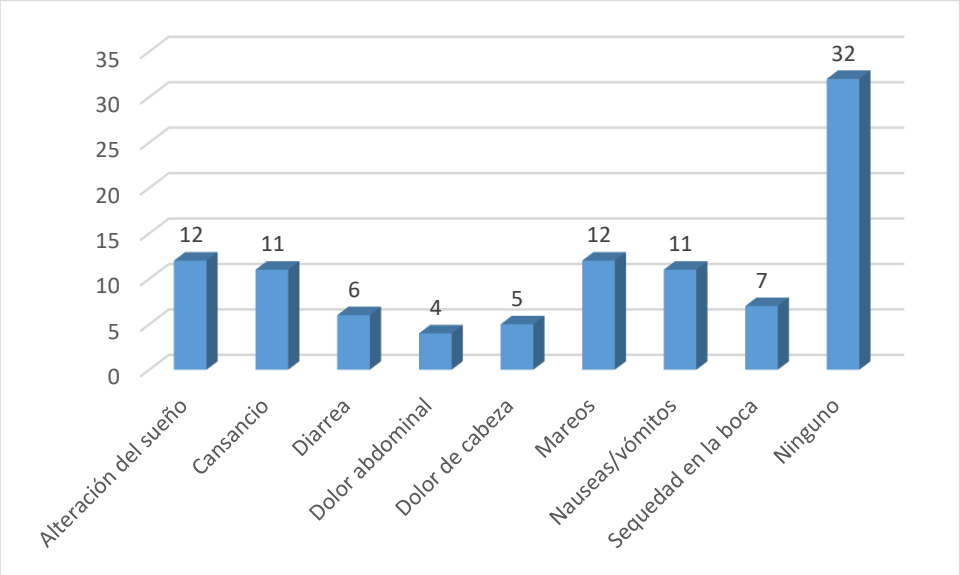


Figura 13. Población según efectos secundarios del TAR

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 18. Población según medicamentos

Medicamentos	**F**	**%**
Lamivudina, Tenofovir, Dolutegravir (Esquema de primera línea)	62	62,0%
Tenofovir, Efavirenz, Emtricitabina (Esquema alternativo)	8	8,0%
Darunavir, Tenofovir, Ritonavir	1	1,0%
Raltegravir, Tenofovir	1	1,0%
Efavirenz, Lamivudina	1	1,0%
Estavudina, Tenofovir, Efavirenz	1	1,0%
Lopinavir, Tenofovir, Emtricitabina	2	2,0%
Abacavir, Lamivudina, Dolutegravir	1	1,0%
No recuerda	23	23,0%
Total	**100**	**100,0%**

El mayor porcentaje de medicamentos que toman los pacientes son Lamivudina, Tenofovir, Dolutegravir (Esquema de primera línea) con un 62%, un 23% no recuerda el nombre de los medicamentos y hay 1% de población que toma otros medicamentos.

Población según medicamentos

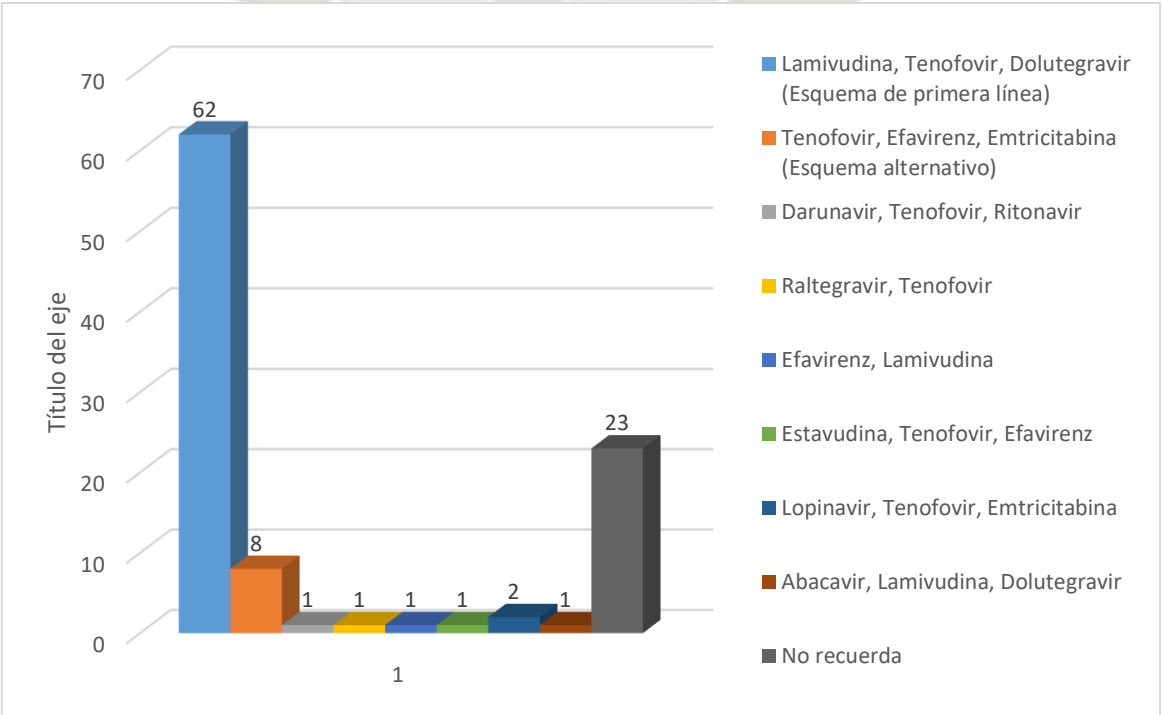


Figura 14. Población según medicamentos

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 19. Población de estudio según tiempo de diagnóstico y estigma internalizado

Tiempo de diagnostico	Estigma internalizado									
	Mínimo		Bajo		Moderado		Alto		**Total**	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
0-5 años	0	0.0%	28	28.0%	8	8.0%	3	3,0%	39	39,0%
6-13 años	1	1.0%	41	41.0%	6	6.0%	0	0.0%	48	48,0%
14-20 años	1	1,0%	9	9.0%	3	3.0%	0	0.0%	13	13,0%
Total	**2**	**2%**	**78**	**78%**	**17**	**17%**	**3**	**3%**	**100**	**100**

Al analizar el estigma internalizado según el tiempo de diagnóstico de VIH, podemos observar que el mayor porcentaje es de 41% que tienen un estigma bajo y tienen un tiempo de diagnóstico entre 6 a 13 años. Seguido de un 28% que también tiene un estigma bajo y se encuentran con un tiempo de diagnóstico entre 0 a 5 años. Con un 1% que se encuentra con un estigma mínimo y con un tiempo de diagnóstico entre los 6 a 20 años.

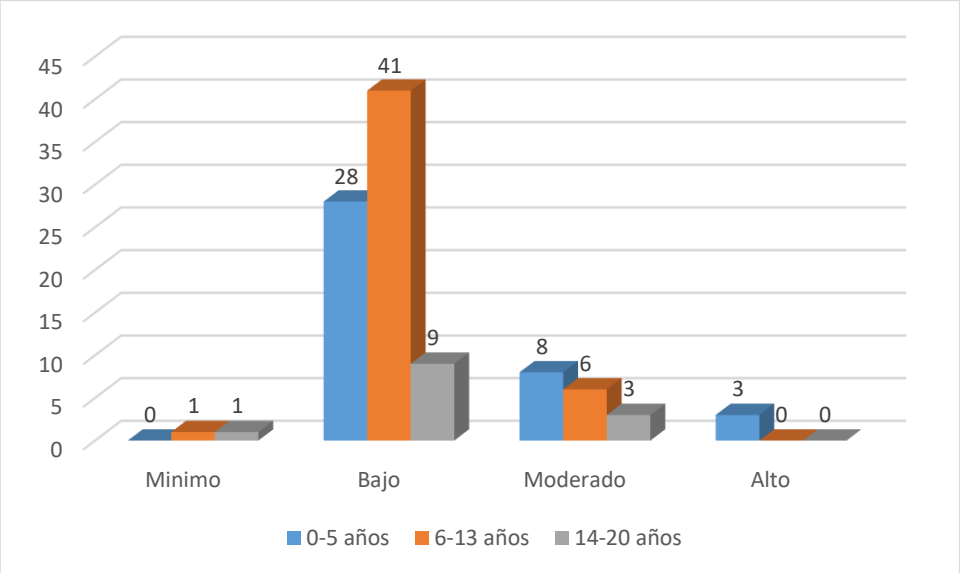


Figura 15. Población de estudio según tiempo de diagnóstico y estigma internalizado

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 20. Población de estudio según tiempo de diagnóstico y Adherencia al TAR

Tiempo de diagnostico	Adherencia al TAR							
	Insuficiente		Adecuada		Estricta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
0-5 años	25	25.0%	13	13.0%	1	1.0%	39	39,0%
6-13 años	36	36.0%	10	10.0%	2	2.0%	48	48,0%
14-20 años	3	3.0%	8	8.0%	2	2.0%	13	13,0%
Total	**64**	**64%**	**31**	**31%**	**5**	**5%**	**100**	**100**

Al analizar la adherencia la TAR según el tiempo de diagnóstico observamos que el 36% se encuentran con una adherencia insuficiente y con un tiempo de diagnóstico entre 6 a 13 años, esto seguidos de 25 % que también están con una insuficiente adherencia y se encuentran con un tiempo de diagnóstico de 0 a 5 años. Y también, observamos el 1% tiene adherencia estricta que se encuentran con un tiempo de diagnóstico de 0 a 5 años.

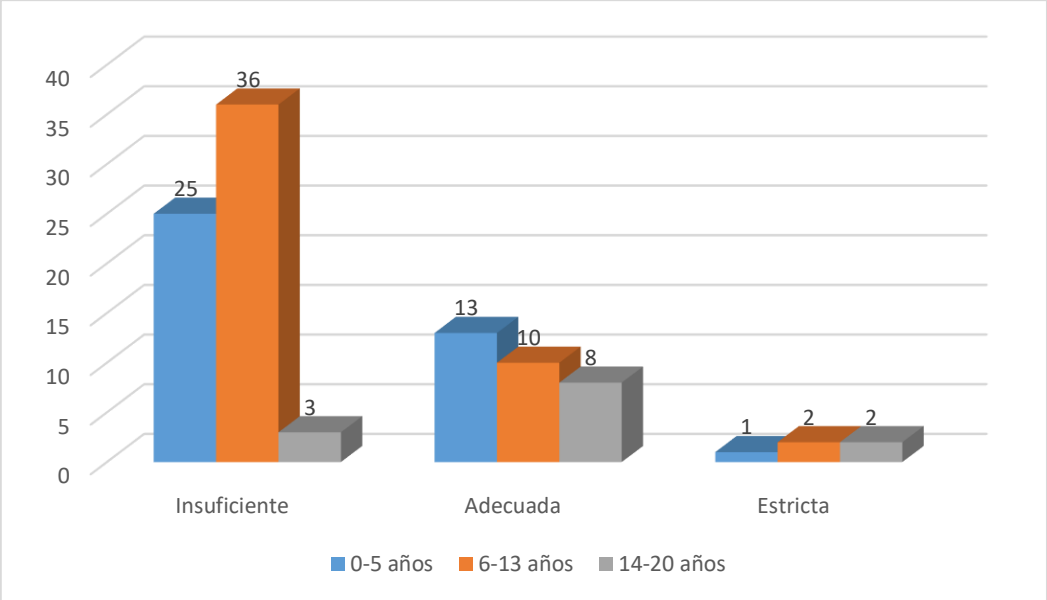


Figura 16. Población de estudio según tiempo de diagnóstico y Adherencia al TAR

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 21. Población de estudio según Estigma internalizado

Estigma internalizado	F	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mínimo	2	2,0	2,0	2,0
Bajo	78	78,0	78,0	80,0
Moderado	17	17,0	17,0	97,0
Alto	3	3,0	3,0	100,0
Total	**100**	**100,0**	**100,0**	

En la tabla muestra la distribución del estigma internalizado en una muestra de 100 pacientes con VIH/SIDA, que el mayor porcentaje de 78% se ubica en un bajo estigma internalizado, y solo el 2% reporta un nivel mínimo; esto evidencia que la mayoría de los pacientes no sienten un estigma alto por su condición.

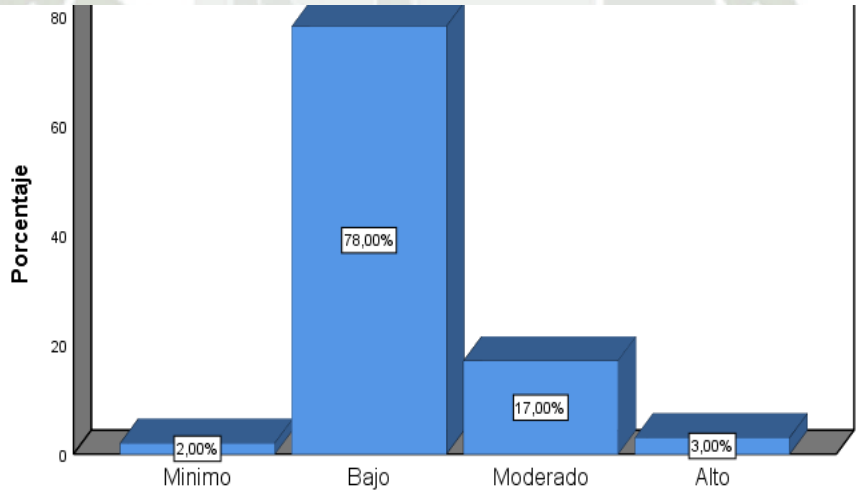


Figura 17. Población de estudio según Estigma internalizado

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 22. Población de estudio según adherencia al tratamiento TAR

	F	%	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Adherencia Insuficiente	64	64,0	64,0	64,0
Adherencia Adecuada	31	31,0	31,0	95,0
Adherencia Estricta	5	5,0	5,0	100,0
Total	**100**	**100,0**	**100,0**	

En la tabla se observa que el 64 % de la población tiene adherencia insuficiente, un 31% adherencia adecuada y un 5 % adherencia estricta, lo que resalta una preocupante mayoría con una adherencia subóptima, potencialmente comprometiendo la efectividad del tratamiento y resaltando la necesidad de mejorar las estrategias de intervención para la adherencia al tratamiento en esta población.

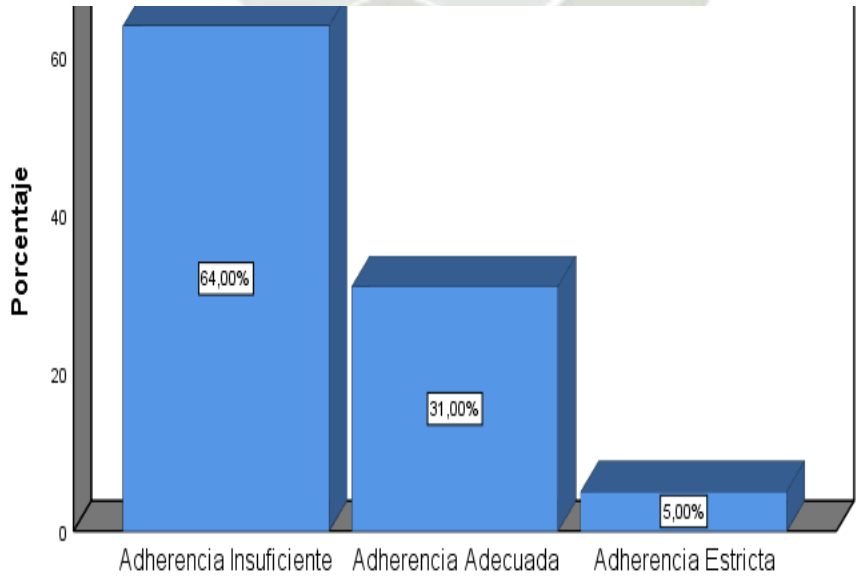


Figura 18. Población de estudio según adherencia al tratamiento TAR

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 23. Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov[a]		
	Estadístico	**gl**	**Sig.**
Estigma internalizado	0.076	100	0.175
Adherencia el tratamiento	0.070	100	,200*

La Tabla presenta los resultados de las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para las variables de 'Estigma internalizado' y 'Adherencia al tratamiento'. El estadístico de prueba para el 'Estigma internalizado' es de 0.076 con una significancia (p-valor) de 0.175, y para la 'Adherencia al tratamiento' es de 0.070 con una significancia de 0.200. Ambos p-valores son mayores que el umbral típico de 0.05, lo que sugiere que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula de normalidad; por lo tanto, se puede asumir que las distribuciones de ambas variables no se desvían significativamente de una distribución normal

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Tabla 24. Correlaciones entre estigma internalizado y adherencia el tratamiento

		Estigma internalizado	Adherencia el tratamiento
Estigma internalizado	Correlación de Pearson	1	-,712
	Sig. (bilateral)		,000
	N	100	100
Adherencia el tratamiento	Correlación de Pearson	-,712	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	100	100

La Tabla muestra una correlación de Pearson negativa y fuerte (r = -0.712*r*=−0.712) entre el estigma internalizado y la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA, con una significancia bilateral de 0.000. Esto significa que, a mayor estigma internalizado, menor es la adherencia al tratamiento. Dado que el p-valor es extremadamente bajo, podemos estar muy seguros de que la correlación es estadísticamente significativa. En este contexto, una correlación negativa indica que a medida que aumenta el estigma internalizado, disminuye la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

DISCUSIÓN

La presente investigación lo inicie con el propósito de determinar la influencia del estigma internalizado en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Antonio Lorena Cusco-2023, a su vez también saber el nivel de estigma y el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral.

Según las correlaciones entre estigma internalizado y adherencia el tratamiento se encontró una correlación de Pearson negativa y fuerte (r = -0.712r=−0.712) entre el estigma internalizado y la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA, esto significa que, a mayor estigma internalizado, menor es la adherencia al tratamiento. Dado que el p-valor es extremadamente bajo, podemos estar muy seguros de que la correlación es estadísticamente significativa. En este contexto, una correlación negativa indica que a medida que aumenta el estigma disminuye la adherencia al tratamiento antirretroviral. Lo cual contrasta con García G. quien afirma que el estigma percibido que tienen los pacientes VIH/SIDA afecta a su adecuada adherencia terapéutica (60). También, Montaner O., Marsiglia L., Arias B., Leal G., Montaner H. y Anduze E. evidenciaron que el estigma con adherencia al tratamiento antirretroviral es un factor de riesgo para la no adherencia a dicho tratamiento (63). Igualmente, Hernández L., Pérez D., Staines G. y Compean S. dicen que las experiencias de discriminación o las expectativas de ser discriminado hacen que las personas oculten su enfermedad y esto propicia la omisión de toma de medicamentos (64). En oposición encontramos a Herrera B. y Pérez K. que evidenciaron que el estigma no tiene efectos sobre la adherencia. (61). También Sánchez L, no encontró pacientes altamente adherentes a los tratamientos farmacológicos asociación con estigma internalizado, sin embargo, se refiere continuar con investigaciones en esta línea para la construcción de dispositivos de tratamientos más integrales (65).

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Los resultados sobre el estigma internalizado en pacientes con VIH/SIDA, encontrados son que el 78% percibe un bajo estigma internalizado, el 17% un nivel moderado, esto evidencia que la mayoría de los pacientes no sienten un estigma severo por su condición. Es preciso entender que el estigma internalizado se refiere a las ideas y creencias negativas que tiene la persona con diagnóstico positivo de VIH/SIDA, sobre sí misma por portar la enfermedad; por consiguiente, el grado de adaptación al diagnóstico que tiene la persona. (29). Los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte, y el consumo de drogas, y otros estudios han demostrado que, el estigma relacionado con el VIH/sida se vincula con comportamientos de riesgo rechazados por la sociedad como: prostitución, el consumo de drogas inyectables, promiscuidad, prácticas homosexuales y transexuales; además, aumenta la marginación de grupos poblacionales vulnerables, como personas privadas de la libertad, desplazados y migrantes (32). Esto se contrasta con los resultados de Cruz M y Carita J. donde concluye que la familia, el centro laboral y el personal de salud estigmatiza y discrimina al paciente portador del VIH Sida (62).

Los resultados encontrados sobre la adherencia al TAR en pacientes con VIH/SIDA nos muestra que el 64% tiene una adherencia insuficiente al tratamiento antirretroviral, el 31% muestra una adherencia adecuada y solo el 5% cumple con una adherencia estricta, lo que resalta una preocupante mayoría con una adherencia insuficiente, comprometiendo potencialmente la efectividad del tratamiento y resaltando la necesidad de mejorar las estrategias de intervención para la adherencia al tratamiento en esta población. Estos resultados son similares a los de García G, donde el 49.2% de su población muestral relacionan al cumplimiento del tratamiento con la baja adherencia, el 48.5% de una manera moderada (60). Por otro lado, Montaner O., Marsiglia L., Arias B., Leal G., Montaner H. y Anduze E. también evidenciaron que, de los 199 pacientes estudiados,

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

50,25% eran adherentes al tratamiento antirretroviral (63). En Oposición a esto Cruz M. y Carita J. en su estudio encontró que la adherencia al TARGA el 42% fue buena, el 36% muy buena, el 10% regular, el 7% mala y el 5% muy mala en la adherencia al tratamiento anti retro viral de gran actividad (62).

En el presente estudio también, se encontraron aspectos relevantes sobre las características sociodemográficas de los pacientes con VIH/SIDA, el 30% tienen secundaria completa, la mayoría son de sexo masculino y la vía de contagio fue sexual, estos resultados coinciden con los resultados de Sánchez L. donde encontró la mayoría de estos pacientes tiene niveles académicos también bajos, la población expuesta de este estudio fue masculina y la vía de transmisión más frecuente fue la sexual. (65). También se encontró el 43% de la población tiene entre 18 y 34 años, el 69% son solteros, el 86% son homosexuales, el 50 % son empleados en diferentes instituciones y empresas, el 77% católicos, son de procedencia cusqueña el 33%, el 57% no cuenta con apoyo familiar, el 48% tienen entre 6 y 13 años de ser diagnosticados VIH, el 45% recibe tratamiento hace 6 y 13 años, el 32 % no presenta síntomas secundarios sin embargo hay una serie de síntomas que presentan estos pacientes que sumados son el 68% de la población que presenta al tomar el TAR y el 62% toman medicamentos del esquema de primera línea siendo estos Lamivudina, Tenofovir y Dolutegravir.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados hallados se concluye lo siguiente:

- **Primera:** Existe una correlación estadísticamente significativa. Es decir, una correlación negativa indica que a medida que aumenta el estigma internalizado disminuye la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Antonio Lorena.
- **Segunda:** El nivel de estigma internalizado en pacientes con VIH/SIDA, no sienten un estigma severo por su condición, es preciso entender que el estigma internalizado se refiere a las ideas y creencias negativas que tiene la persona con diagnóstico positivo de VIH/SIDA.
- **Tercera:** La adherencia al tratamiento antirretroviral en un 64% es insuficiente, el 31% muestra una adherencia adecuada y solo el 5% cumple una adherencia estricta.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

RECOMENDACIONES

Primera: Se sugiere al Hospital Antonio Lorena y personal de salud que labora fortalecer los esfuerzos de promoción de la salud para promover la adherencia al tratamiento antirretroviral entre los pacientes con VIH/SIDA.

Segundo: Al servicio de CERITS que es necesario promover acciones orientadas a eliminar el estigma al VIH/SIDA como una medida fundamental para incrementar la adherencia al TAR.

Al programa CERITS debe considerar implementar estrategias de mejora continua en cuanto a la adherencia terapéutica, debido al abandonos del tratamiento terapéutico, creando espacios de atención personalizada a estos pacientes, enfocadas en las quejas de salud física, mental y administrativas, con respecto al estigma internalizado.

Tercero: Se sugiere a las futuras investigaciones, realizar investigaciones de tipo longitudinal con el fin de determinar la variación del estigma, y su repercusión en la adherencia. Proseguir estudiando otros factores psicológicos que pudieran aumentar la adherencia al TAR en personas que viven con VIH.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OMS). Depresión: hablemos. Suiza.2017.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH recomendaciones para un enfoque de salud pública. Suiza. 2013.
3. Espinal E, Castellanos N y Velásquez S. Infección por vih/sida y multiples enfermedades oportunistas simultáneas. Revista de Facultad de Ciencias Médicas. Mexico. 2016.
4. Varela M y Hoyos . La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. Colombia. 2015.
5. Ammon N, Mason S. y Corkery J. Factores que afectan la adherencia a la terapia antirretroviral entre los adolescentes positivos para el virus de la inmunodeficiencia humana. Africa.2018.
6. Helms C, Turan J, Atkins G, Kempf M, Clay O, Raper L, et al. Mecanismos interpersonales que contribuyen a la asociación entre el estigma internalizado relacionado con el VIH y la adherencia a la medicación. SIDA y Comportamiento. Inglaterra. 2016.
7. Doric S. Estigma relacionado con el VIH y bienestar subjetivo: el papel mediador de la creencia en un mundo justo. Colombia. 2017.
8. Paschoal E. Espírito Santo C, Gomes A, Santos É, Oliveira D. y Pontes A. Adherencia a la terapia antirretroviral y sus representaciones para personas que viven con VIH/SIDA. Brasil. 2014.
9. Light D, Keller S y Colohum C. Sociología (5ª Ed.). Madrid: McGraw-Hill. 1991.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

10. Anamia P, Silva A, y Bustamante M. Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH en Perú – Informe Final. Lima: Consorcio de Personas con VIH en el Perú. 2018.
11. MINSA: Boletín Mensual Situación epidemiológica del VIH – Sida en el Perú. 2018.
12. Tafur E, Ortiz C, Alfaro C, Garcia E y Faus M. Adaptación del "Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT – VIH)" para su uso en Perú. 2008.
13. Camacho G, Kalichman S y Katner H. El estigma relacionado con lo anticipado y la adherencia al tratamiento del VIH: el efecto indirecto de las preocupaciones sobre los medicamentos. Perú. 2019.
14. Unaids. Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. 2021.
15. https://www.sistemasanaliticos.com/situacion-del-vih-sida-en-peru/
16. Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. Resolución Ministerial N°1024-2020-MINSA, Perú . Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH). Perú. 2020.
17. ONUSIDA. País: Perú. Visión general. 2018.
18. Ministerio de Salud. "Situación del VIH/SIDA en el Perú". Reunión técnica de hospitales, Institutos de GERESAS/DIRESAS/DIRIS del norte del país. DIGEMID. Perú. 2020.
19. Alford K. y Vera J. (2018). Deterioro cognitivo en personas que viven con VIH en ARTera: una revisión. Boletín médico británico. Gran Bretaña. 2018.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

20. Saylor D, Dickens A, Sacktor N, Haughey N, Slusher B, Pletnikov M, et al. Trastorno neurocognitivo asociado al VIH: patogenia y perspectivas de tratamiento. Reseñas de la naturaleza. Neurología. 2016.

21. Watkins C y Treisman G. Deterioro cognitivo en pacientes con SIDA: prevalencia y gravedad. VIH/SIDA. Nueva Zelanda. 2015.

22. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. www.casadellibro.com/libro-estigma-la-identidad-deteriorada. Buenos Aires. 1998.

23. Sayles JN, Wong MD, Kinsler JJ, Martins D, Cunningham WE. La asociación del estigma con el acceso autoinformado a la atención médica y la adherencia a la terapia antirretroviral en personas que viven con el VIH/SIDA. Los Angeles. 2009.

24. Higuera P, Ramirez M y Avila A. Perspectiva bioetica/Estigma, discriminación y adherencia al tratamiento en VIH/ SIDA. Brasil. 2016.

25. Miric M. Carga Psicosocial del Estigma Sentido entre las personas que viven con el VIH/SIDA en la República Dominicana: Autoestima, Depresión y Percepción de Apoyo Social. 2005.

26. Berger B, Ferrans C y Lashley F. Medición del estigma en personas con VIH: evaluación psicométrica de la escala de estigma del VIH. Puerto Rico.2001

27. Goffman E. Estigma: identidad deteriorada Buenos Aires. 2006.

28. Major B. y O'Brien L. The Social Psychology of Stigma. Annual Review of Psychology. California. 2005.

29. García M, Lozano M y Díaz I. 19 escalas de evaluación psicológica. México. 2016.

30. ONUSIDA. Estigma y discriminación. https://data.unaids.org/publications/fact-sheets03/fs_stigma_discrimination_es.pdf. 2003

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

31. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España. Pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al VIH. España. 2018.

32. Tamayo B. Macias G. Cabrera R. et. al. Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín, Colombia. 2014.

33. Zafra J. Factores asociados al estigma relacionado al VIH/SIDA en los pacientes del programa TARGA del Hospital Nacional 2 de Mayo. Lima, Perú. 2015.

34. López F. Actitudes y conocimientos ante el VIH/SIDA de estudiantes de enfermería de la Universidad del Bío – Bío, Chillán. Chile. 2010.

35. Earnshaw VA y Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: a review of HIV stigma mechanism measures. AIDS Behav. EE.UU. 2009.

36. Ortiz L, Pérez D, Staines G y Compeán S. Estigma percibido por VIH y adherencia al tratamiento Retroviral en personas con VIH en la ciudad de México. 2021.

37. MINSA. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la Inmune Deficiencia Humana (VIH). N° 097. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf. Perú .2018.

38. Varela M, Salazar I y Correa D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. Redalyc. vol. 11. N° 2. Bogotá. 2008.

39. Brown M y Bussell, J. Medication Adherence: WHO Cares? Mayo Clinic Proceedings. 2011.

40. Pharmacy Quality Alliance. PQA Measure Overview. www.pqaalliance.org/measures-overview . 2019.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

41. McComsey G, Lingohr-Smith M, Rogers R, Lin J, Donga, P. RealWorld Adherence to Antiretroviral Therapy Among HIV-1 Patients Across the United States. EE. UU. 2021.

42. Heestermans T, Browne J, Aitken S, Vervoort S, Klipstein-Grobusch, K. Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIVpositive adults in sub-Saharan Africa. 2016.

43. Farhoudi B, Seyedalinaghi S, Jafarinasab M, Ghavam S, Dadras O, Alipour A, et al. Barriers to Antiretroviral Therapy Adherence in One of the Prisons in Iran. Infectious Disorders Drug Targets. 2020.

44. Garrison L y Haberer J. Technological methods to measure adherence to antiretroviral therapy and preexposure prophylaxis. Current Opinion in HIV and AIDS.2017.

45. Ndirangu J, Gichane M, Browne F, Bonner C, Zule W, Cox E, et al. 'We have goals but [it is difficult]'. Barriers to antiretroviral therapy adherence among women using alcohol and other drugs living with HIV in South Africa. 2022.

46. Dorcélus L, Bernard J, Georgery C, Vanessa C. Factors associated with antiretroviral therapy adherence among people living with HIV in Haiti: a cross-sectional study. AIDS Research and Therapy, 2021.

47. Anakwa N, Teye-Kwadjo E, Kretchy I. Illness perceptions, social support and antiretroviral medication adherence in people living with HIV in the greater Accra region, Ghana. 2021.

48. Reda A y Biadgilign S. Determinants of Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Patients in Africa. AIDS Research and Treatment, 2012.

49. Turan B, Budhwani H, Fazeli P, Browning W, Raper J, Mugavero M, et al. How Does Stigma Affect People Living with HIV? The Mediating Roles of

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Internalized and Anticipated HIV Stigma in the Effects of Perceived Community Stigma on Health and Psychosocial Outcomes. AIDS and Behavior, 21(1), 283. 2017 https://doi.org/10.1007/S10461-016-1451-5.

50. Holtzman C, Shea J, Glanz K, Jacobs L, Gross R., Hines J, et al. Mapping patient-identified barriers and facilitators to retention in HIV care and antiretroviral therapy adherence to Andersen's Behavioral Model. AIDS Care. 2015
51. Crim S, Tie Y, Beer L, Weiser J, Dasgupta S. Barriers to Antiretroviral Therapy Adherence Among HIV-Positive Hispanic and Latino Men Who Have Sex with Men —United States. 2020.
52. Zhou G, Li X, Qiao S, Shen Z, Zhou Y. Influence of Side Effects on ART Adherence Among PLWH in China: The Moderator Role of ART-Related Knowledge. AIDS and Behavior. 2017.
53. Verma A, Kumar V, Saha M, Dutta S, Singh A. HIV: Biology to Treatment. NanoBioMedicine. 2020.
54. Delaney K, Hanson D, Masciotra S, Ethridge S, Wesolowski L, Owen S. Time Until Emergence of HIV Test Reactivity Following Infection With HIV-1: Implications for Interpreting Test Results and Retesting After Exposure. Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America. 2017.
55. MINSA. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)". NTS N° 169-MINSA/2020/DGIESP. PERU. 2020.
56. Apaza K. y Ortega C. (2014). Factores de tratamiento, entorno y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en personas con VIH/SIDA, Hospital Goyeneche. Arequipa. 2014.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

57. Varas N. Estigma y Diferencia Social: VIH/SIDA en Puerto Rico. Puerto Rico. 2004.

58. Ramos G. y Martínez J. Factores relacionados a la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital San Juan de Lurigancho. Perú. 2019.

59. Bustamante M. Viviendo con VIH, muriendo con SIDA. (1ra. Edición). Ecuador. 2011.

60. García G. Estigma y la no adherencia al TARGA en adultos jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA de un Hospital de Lima Metropolitana. Perú. 2019.

61. Herrera B y Pérez K. Estigma, Depresión y Adherencia en Pacientes con VIH que acuden a un Hospital General de Lima Metropolitana. Perú. 2019.

62. Cruz M y Carita J. Estigma y discriminación según la adherencia al TARGA en portadores del VIH – SIDA Hospital Goyeneche. Arequipa. 2019.

63. Montaner O, Marsiglia L, Arias B, Leal G, Montaner H y Anduze E. Depresión y estigma sentido en la adherencia al tratamiento antiretroviral en pacientes seropositivos para Virus De Inmunodeficiencia Humana. Online ISSN 2665-024x - Print ISSN 1690-3293. Comunidad y Salud. Venezuela. 2022.

64. Hernández L, Pérez D, Staines G. y Compean S. Estigma percibido por VIH y adherencia al tratamiento retroviral en personas con VIH. Artículo Original: Rev Chil Salud Pública, Vol 25(1): 15-27. México. 2021.

65. Sánchez L. Estigma internalizado y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/sida en la ciudad de Villavicencio. Colombia. 2020.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

66. Franke M, Muñoz M, Finnegan K, Zeladita J, Sebastian J, Bayona J, et al. Validation and abbreviation of an HIV Stigma Scale in an adult spanishspeaking population in Urban Peru. 2010.

67. Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. Psicothema. Madrid.2002.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

N°_____

1. **Edad:** _____
2. **Sexo:** M ☐ F ☐
3. **Grado de escolaridad**

☐ Primaria incompleta
☐ Primaria completa
☐ Secundaria incompleta
☐ Secundaria completa
☐ Técnica incompleta
☐ Técnica completa
☐ Superior incompleta
☐ Superior completa

4. **Estado civil**

☐ Soltero
☐ Separado/Divorciado
☐ Casado/Conviviente
☐ Viudo

5. **Orientación sexual:**

☐ Homosexual
☐ Bisexual
☐ Heterosexual
☐ Otro: _____

6. **Ocupación:**

☐ Hogar
☐ Empleado
☐ Independiente
☐ Desempleado

7. **Religión**

☐ Católica
☐ Adventista
☐ Mormón
☐ Otro

8. **Lugar de procedencia**

☐ Apurímac
☐ Arequipa
☐ Lima
☐ Puno
☐ Cusco
☐ Moquegua
☐ Extranjero
☐ Otro

9. **En qué etapa del diagnóstico se encuentra**

☐ VIH
☐ SIDA

10. **De qué forma usted adquirió el virus**

☐ Contacto sexual
☐ Compartir agujas
☐ Transfusión de sangre
☐ Transmisión vertical (madre a hijo)
☐ No sabe

11. **Cuenta con apoyo familiar:**

☐ SI, Quien .....
☐ NO

12. Hace cuánto tiempo fue diagnosticado con VIH :

.....

13. Hace cuánto se encuentra recibiendo el TARGA

.....

14. Actualmente toma medicamentos antirretrovirales

☐ No, porque no quiere tomarlos

☐ Si

15. Cuál es su esquema de tratamiento actual (medicamentos, número de pastillas y horarios). Señale el nombre de los medicamentos que toma en el cuadro y escriba al frente el número de pastillas y las veces que se los toma al día.

MEDICAMENTO	NÚMERO DE PASTILLAS	NÚMERO DE VECES POR DÍA
Abacavir – ABC (Ziagen)		
Zidovudina / Lamivudina (Combivir)		
Abacavir / Lamivudina (Kivexa)		
Abacavir/Lamivudina/Zidovudina (Trizivir)		
Estavudina (Zerit o D4T)		
Didanosina (Videx o DDI)		
Zidovudina (AZT, ZDV)		
Lamivudina (3TC)		
Stocrin (Efavirenz EFV)		
Nevirapina (Viramune)		
Fosamprenavir (Telzir)		
Atazanavir (Reyataz)		
Lopinavir / Ritonavir (Kaletra)		
Saquinavir (Invitase o Fortorase)		
Nelfinavir (Virocept)		
Indinavir (Crixivan)		
Darunavir (Prezista)		
Norvir (Ritonavir)		
Tenofovir		
Dolutegravir		
Efavirenz		
Emtricitabina		
Raltegravir		

No recuerda el tratamiento antirretroviral actual ____

16. Que efectos secundarios le produce el TARGA

☐ Nauseas/ vómitos
☐ Mareos
☐ Alteración del sueño
☐ Dolor abdominal
☐ Otros.....
☐ Dolor de cabeza
☐ Cansancio
☐ Diarrea
☐ Sequedad en la boca

Anexo 2

Escala de Estigma asociado al VIH de Berger abreviada y validada para la población peruana por Franke, et. al. (2010)

Instrucciones: La información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente. Marque con una X la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay respuesta "correctas ni incorrectas".

PREGUNTAS	Casi siempre	A veces	Rara vez	Casi nunca
1. Algunas personas que saben que tengo VIH se han alejado				
2. Lamento haber dicho que tengo VIH a algunas personas				
3. Por lo general, decírselo a otros ha sido un error				
4. Algunas personas actúan como si fuera mi culpa tener VIH				
5. Las personas parecen tener miedo de mi porque tengo VIH				
6. Decir a alguien que tengo VIH es riesgoso				
7. Hago mucho esfuerzo para mantener en secreto que tengo VIH				
8. Soy muy cuidadoso a quien le digo que tengo VIH				
9. Me preocupa que las personas me juzguen cuando se enteren que tengo VIH				
10. Me preocupa que las personas que saben que tengo VIH les digan a otros				
11. Me siento culpable porque tengo VIH				
12. Siento que no soy tan bueno/a como otros porque tengo VIH				
13. Tener VIH me hace sentir que no soy limpio/a				
14. Me siento aparte, aislado del resto del mundo				
15. Tener VIH me hace sentir que soy una mala persona				
16. Tener VIH en mi cuerpo me disgusta				
17. Se trata a la gente con VIH como rechazados				
18. La mayoría de gente cree que una persona con VIH es sucia				
19. La mayoría de personas piensa que una persona con VIH es asquerosa				
20. La mayoría de personas con VIH son rechazadas cuando otros se enteran que tiene VIH				
21. La mayoría de gente se incomoda con personas con VIH				

Anexo 3

CEAT – VIH Cuestionario de evaluación de la adhesión al Tratamiento Antirretroviral, validado por Tafur, Alfaro, García Y Faus (2008)

Nos gustaría conocer algunos aspectos sobre su situación actual y sobre su salud. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente. Marque con una X la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay respuesta "correctas ni incorrectas".

	Siempre	Mas de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1. Durante la última semana ¿ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?	1	2	3	4	5
2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5
3. Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarlos?	1	2	3	4	5
4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar los medicamentos?	1	2	3	4	5
5. ¿Recuerda qué medicamentos está tomando en este momento? (escribir los nombres) 0 ninguno; 1 mitad; 2 todos					

	Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?	1	2	3	4	5

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5
8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le puede traer el uso de los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?	1	2	3	4	5
11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?	1	2	3	4	5

	No, nunca	Si, alguna vez	Si, aproximadamente la mitad de las veces	Si, bastantes veces	Si, siempre
12. ¿Suele tomar la medicación a la hora correcta?	1	2	3	4	5
13. ¿Cuándo los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	Muy intensos	**Intensos**	**Medianamente intensos**	**Poco intensos**	**Nada intensos**
15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	Mucho tiempo	**Bastante tiempo**	**Regular**	**Poco tiempo**	**Nada de tiempo**
16. ¿Cuánto tiempo cree que invierte ocupándose de tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5
	Nada cumplidor	**Poco cumplidor**	**Regular**	**Bastante**	**Muy cumplidor**
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de sus antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	Mucha dificultad	**Bastante dificultad**	**Regular**	**Poca dificultad**	**Nada de dificultad**
18. ¿Cuánta dificultad percibe al tomar los medicamentos?	1	2	3	4	5
				si	**no**
19. Desde que está en tratamiento, ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? (Si responde afirmativamente, ¿cuántos días aproximadamente?				0	1
20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿cuál?				0	1

Anexo 4

Consentimiento informado

Yo manifiesto que deseo participar de manera anónima y voluntaria en la aplicación de los instrumentos para la realización de la investigación denominada "INFLUENCIA DEL ESTIGMA INTERNALIZADO EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO-2023", los datos obtenidos son estrictamente confidenciales y solo serán usados con fines estrictamente académicos.

A continuación, presento los datos necesarios para cualquier duda o consulta que pueda tener con respecto al tema de investigación: EL principal objetivo de esta investigación es la de conocer la influencia que existe entre el estigma internalizado y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA.

Se lleva a cabo esta investigación con la finalidad de tener mayor conocimiento del porque el abandono del tratamiento antirretroviral.

Con los resultados obtenidos se podrá mejorar la atención en el consultorio de CERITS e Infectología y del mismo modo se implementará nuevas estrategias de mejora hacia la población afectada. Con el fin de mejorar la adherencia en los pacientes que abandonan el tratamiento.

La aplicación de los instrumentos tiene una duración aproximadamente 20 minutos y toda la información que usted brinde quedara en completo anonimato. Quedando claro que la toda la información que se obtenga no podrá ser utilizado con otros fines.

Entiendo que mi participación en esta investigación es voluntaria. Además, se me ha informado que los datos obtenidos durante el proceso de la investigación son estrictamente confidenciales y solo serán usados con fines estrictamente académicos.

……	……
Firma y Huella del participante	Firma Investigadora

ANEXO 5: MATRIZ DE SISTEMATIZACION

	Estigma internalizado																					Adherencia el tratamiento																			
	item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20	item 21	item 1	item 2	item 3	item 4	item 5	item 6	item 7	item 8	item 9	item 10	item 11	item 12	item 13	item 14	item 15	item 16	item 17	item 18	item 19	item 20
1	1	4	2	1	4	4	4	4	2	4	2	3	1	4	3	1	1	1	3	2	3	5	4	4	3	2	1	4	5	5	5	4	3	4	2	2	3	5	4	3	1
2	4	4	3	1	2	2	2	2	1	2	1	4	1	4	2	3	4	4	1	3	4	2	1	1	4	3	1	1	5	5	1	4	1	2	3	4	5	3	2	4	4
3	1	2	4	2	4	4	3	4	1	2	2	2	4	1	4	3	1	4	4	3	4	4	5	3	2	1	1	1	3	4	2	5	4	5	4	1	4	1	1	2	2
4	3	4	1	3	1	1	1	2	2	3	1	1	2	4	1	2	3	3	4	1	2	5	5	3	3	5	2	1	3	2	1	3	2	5	2	3	1	3	4	5	4
5	2	4	2	2	4	3	4	4	3	3	4	1	3	4	2	1	2	3	1	4	1	3	3	2	2	4	2	2	4	2	4	1	4	2	5	5	4	5	5	2	1
6	3	1	4	4	1	4	1	1	1	1	3	4	1	4	3	4	4	2	2	2	1	1	2	1	4	1	5	2	3	5	5	4	3	4	2	3	2	1	5	1	2
7	2	2	2	4	1	4	2	3	1	2	3	1	3	1	2	4	3	3	2	1	4	4	5	5	3	1	2	2	2	2	4	2	4	4	3	3	1	2	4	3	2
8	2	2	4	1	3	3	4	3	4	4	4	3	2	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	1	4	4	3	2	4	1	4	1	2	3	2	2	1	2	3	4	1
9	4	1	2	3	4	3	2	3	2	1	3	3	4	1	4	3	4	1	1	3	1	1	2	2	2	5	3	2	5	1	3	5	1	4	4	3	5	5	1	4	4
10	3	4	3	3	4	1	1	1	2	3	1	2	3	4	3	3	4	2	1	1	1	2	5	3	4	3	3	2	4	3	4	2	1	1	1	3	3	3	4	5	4
11	4	4	1	3	3	1	1	4	1	2	3	1	1	4	2	4	1	3	2	2	2	1	5	2	5	2	3	1	3	4	3	3	5	2	1	3	3	2	4	4	5
12	4	1	1	1	2	2	3	2	1	1	2	3	2	2	4	2	1	1	1	4	4	2	3	4	4	1	1	5	4	4	2	1	1	4	5	4	3	1	1	2	5
13	2	3	2	4	2	4	1	1	4	2	3	1	3	4	4	3	4	2	2	2	4	2	1	5	4	4	5	3	4	2	4	4	3	4	2	2	2	1	4	4	5
14	3	1	1	2	1	4	3	4	4	3	1	3	4	3	3	2	2	4	4	1	4	3	1	4	2	1	1	2	5	4	3	5	3	3	4	1	2	3	5	4	4
15	1	1	3	3	4	2	2	1	4	1	3	4	4	2	4	2	4	3	1	2	2	5	3	3	3	5	3	5	4	5	2	1	1	2	5	1	2	3	2	1	5
16	4	4	4	2	2	2	4	4	3	3	3	1	4	4	2	3	4	2	4	4	2	5	5	1	3	5	4	3	2	4	3	1	4	3	3	3	3	5	4	3	2
17	2	2	1	3	3	1	2	2	1	4	1	1	4	3	2	3	2	3	1	3	1	3	5	4	4	3	3	2	4	4	4	1	4	4	2	2	5	2	4	4	4
18	2	2	2	1	4	1	4	1	1	1	1	2	4	4	1	4	3	3	2	2	2	2	3	1	5	3	1	2	5	5	2	3	1	4	4	1	4	3	2	4	2
19	3	2	2	1	2	3	2	2	1	1	2	2	3	4	4	2	4	4	4	3	3	4	4	5	4	5	1	4	4	4	5	4	3	1	2	2	5	1	1	2	5
20	2	3	4	3	1	4	4	2	2	2	3	2	2	2	3	1	4	2	1	4	2	3	1	2	3	3	3	4	3	3	2	5	4	2	2	3	4	5	5	2	4
21	2	3	1	3	4	1	3	1	3	1	1	4	4	4	1	1	4	2	4	3	4	2	2	5	5	2	5	5	3	3	1	1	2	2	2	2	5	1	2	3	5
22	1	4	1	4	4	2	3	2	1	1	4	1	4	1	1	2	1	3	3	3	1	1	5	4	2	3	1	5	1	4	3	5	4	3	2	1	4	1	1	4	4
23	1	3	1	3	4	3	4	4	1	2	2	2	1	1	4	4	2	4	1	4	1	5	3	2	3	2	2	5	3	4	1	5	5	5	4	1	2	4	3	3	4
24	2	3	3	1	3	2	4	4	4	2	3	2	3	4	3	2	3	4	4	1	1	5	4	1	2	2	2	2	5	3	3	4	2	3	1	4	5	3	2	5	1
25	3	2	4	2	3	3	2	1	3	4	1	3	1	4	3	2	3	2	1	2	2	1	1	5	3	3	2	5	3	4	2	3	4	2	1	1	4	1	4	2	3
26	3	3	4	1	2	1	4	1	1	3	1	4	2	1	4	3	2	4	1	2	3	2	4	5	5	4	1	4	3	2	4	3	5	4	1	4	5	3	4	4	1
27	1	1	1	3	2	4	1	1	1	1	2	4	3	3	2	1	2	2	2	4	4	4	2	4	3	2	1	3	1	4	4	4	5	5	5	2	5	4	4	1	3
28	2	2	4	2	4	4	3	3	4	2	2	2	3	1	4	1	1	2	1	2	1	3	2	3	2	1	4	4	2	5	1	4	4	1	2	5	2	1	3	2	3
29	4	3	3	2	1	1	1	1	1	4	3	2	1	3	4	4	4	4	1	3	2	1	3	4	3	5	5	1	5	3	4	1	2	4	2	1	2	4	5	1	5
30	1	4	4	4	4	1	3	2	3	3	2	4	4	1	1	3	2	2	1	4	1	5	5	4	3	5	3	1	2	5	3	1	4	1	4	2	2	3	4	4	2
31	3	1	4	2	3	4	3	2	1	1	2	1	1	3	1	1	2	4	2	2	2	1	1	3	2	2	5	3	2	5	4	5	2	1	3	4	1	3	4	4	2
32	2	4	2	3	1	3	1	4	4	2	4	1	4	3	1	4	4	4	1	2	4	5	1	5	2	2	1	4	3	4	5	1	2	4	1	3	2	4	2	5	3
33	4	3	2	4	4	2	2	1	1	4	3	1	1	4	3	2	3	4	3	4	4	3	3	5	4	4	4	4	4	1	5	3	4	4	3	3	1	5	2	1	2
34	1	4	3	3	1	4	3	2	1	4	2	3	2	2	1	2	2	4	2	4	3	1	5	5	2	4	4	2	4	3	3	5	2	4	3	4	1	4	5	1	
35	1	2	2	4	4	1	2	3	1	2	3	2	3	2	4	3	4	2	3	4	3	2	4	4	1	5	5	5	2	1	3	2	5	5	4	2	1	5	3	4	1
36	3	3	1	4	3	3	4	3	3	1	2	1	4	3	1	1	3	4	2	4	3	1	1	4	3	5	4	4	3	1	5	2	1	1	3	2	5	5	5	3	2
37	3	2	2	3	4	2	3	2	4	3	4	1	2	2	3	3	1	3	2	4	3	2	1	4	2	5	5	4	4	1	1	3	5	3	5	3	1	2	4	5	1
38	1	4	2	3	1	3	2	3	2	1	1	2	1	3	1	4	2	3	1	3	4	1	1	3	4	1	3	1	3	2	3	5	4	3	4	3	4	2	5	5	5
39	1	1	2	1	2	1	3	4	4	1	3	2	4	4	1	3	1	3	1	4	3	3	5	1	1	5	5	3	5	4	2	3	3	1	3	3	2	4	2	4	1
40	3	1	1	3	2	4	2	2	2	1	3	2	2	4	4	2	4	2	4	3	1	2	2	2	5	5	2	3	1	3	1	1	5	1	2	2	1	5	3	5	5
41	3	2	2	2	2	3	1	2	3	4	2	4	2	2	3	1	3	3	4	3	3	3	2	4	5	2	1	5	5	1	4	4	3	1	2	2	4	3	3	2	3
42	3	1	4	2	2	4	4	3	4	3	3	2	4	2	4	2	3	3	2	3	1	4	4	3	4	4	3	4	1	4	5	2	1	3	2	5	2	4	2	3	4
43	2	2	4	3	1	4	2	1	1	3	2	4	1	2	3	2	3	2	4	2	4	4	5	2	5	4	4	5	4	2	1	5	3	1	3	4	1	4	4	5	3
44	3	1	1	4	2	2	2	1	3	3	3	1	3	4	4	1	2	3	3	4	1	2	5	5	3	5	3	5	1	3	2	5	1	2	5	5	4	5	2	2	1
45	2	3	1	1	3	2	3	1	4	4	1	1	2	1	2	1	2	3	4	2	4	4	1	1	5	1	3	4	5	3	2	4	2	2	5	3	4	5	1	4	5
46	3	2	3	2	4	3	1	3	2	4	1	1	3	3	1	3	4	1	1	3	3	4	4	5	2	2	5	4	2	3	1	1	3	3	3	4	2	3	5	1	1
47	2	3	1	1	2	2	1	2	1	3	1	2	3	1	1	2	2	4	1	3	2	3	2	3	5	3	4	3	4	2	2	5	2	4	2	4	5	4	3	2	1
48	3	4	2	3	1	3	1	3	1	1	3	2	1	4	3	4	1	1	3	4	1	3	4	3	3	3	3	4	2	2	3	1	2	4	4	2	4	4	5	4	2
49	4	2	3	1	3	4	3	4	4	2	3	4	3	3	3	3	1	4	3	1	1	2	1	3	2	4	1	5	1	4	2	1	4	5	1	4	3	2	4	3	2
50	2	2	3	2	1	4	3	2	4	1	2	3	2	3	3	2	3	3	3	4	3	2	2	3	1	3	3	4	4	5	3	3	5	3	3	5	5	5	2	4	5

| | | |