

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

Relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y aceptación del tratamiento en pacientes VIH/SIDA del Hospital Félix Mayorca Soto 2020 – 2024

Para optar el título profesional de:
Obstetra

Autores:

Bach. Lizbet Rosario MALPARTIDA ARIAS

Bach. Katy Siomara MORA DUEÑAS

Asesor:

Mg. Johnny Gilberto RIVERA LEON

Cerro de Pasco - Perú - 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

**Relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran
actividad y aceptación del tratamiento en pacientes VIH/SIDA del Hospital
Félix Mayorca Soto 2020 – 2024**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado

Dra. Elda Nelly MOYA MÁLAGA
PRESIDENTE

Dra. Raquel Flor de María TUMIALAN HILARIO
MIEMBRO

Mg. Encarnación SIUCE BONIFACIO
MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 024-2026

La Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:

Lizbet Rosario MALPARTIDA ARIAS
Katy Siomara MORA DUEÑAS

Escuela de Formación Profesional
OBSTETRICIA

Tesis

“Relación entre la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Aceptación del Tratamiento en Pacientes VIH/SIDA del Hospital Félix Mayorca Soto 2020 - 2024”

Asesor:

Mg. Johnny Gilberto, RIVERA LEÓN

Índice de Similitud: 5%

Calificativo
APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 11 de mayo del 2026



Firmado digitalmente por TUMIALAN
HILARIO Raquel Flor De Maria FAU
20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.05.2026 05:22:26 -05:00

Dra. Raquel Flor de María TUMIALAN HILARIO
Directora de la Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

La presente tesis está dedicada a Dios por haber permitido lograr mis objetivos planteados y por su infinita bondad. A mi familia por siempre confiar y apoyarme durante todo este arduo proceso de educación y desarrollo de la tesis.

Dedico esta tesis, en primer lugar, a Dios, quien me ha brindado fuerza, sabiduría y resiliencia. A mi familia por su apoyo constante, por enseñarme que la perseverancia abre caminos y, sobre todo, a mí misma, por no rendirme ante las dificultades y por creer que los sueños se alcanzan con esfuerzo y pasión.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos al servicio de ITS - TARGA por permitirnos desarrollar nuestra tesis ya que la población en estudio es sensible y requiere empatía, confidencialidad y respeto a la etapa que llevan a lo largo de sus vidas, además reconocemos el compromiso y la dedicación del personal del servicio, quienes con profesionalismo y sensibilidad contribuyen día a día al cuidado integral de las personas que viven con VIH/SIDA, agradecemos al personal obstetra que labora en dicho servicio porque gracias a ellas pudimos obtener la confianza de los pacientes.

RESUMEN

La adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es esencial para el control del VIH/SIDA, aunque su sostenimiento se ve condicionado por factores psicosociales. Entre ellos, la aceptación del tratamiento —en sus dimensiones emocional, cognitiva y conductual— constituye un componente relevante y aún insuficientemente incorporado en la atención. El objetivo fue determinar la relación entre la adherencia al TARGA y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, 2020–2024. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 49 pacientes; la muestra final incluyó 29 participantes, seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicaron dos instrumentos validados tipo Likert: Cuestionario de Adherencia al TARGA y Cuestionario de Aceptación del Tratamiento. El análisis se efectuó con 95% de confianza mediante Rho de Spearman. Se halló una relación positiva y significativa entre adherencia y aceptación global del tratamiento ($\rho = 0,759$; $p < 0,001$). Asimismo, se identificaron asociaciones significativas con las dimensiones emocional ($\rho = 0,460$; $p = 0,012$), cognitiva ($\rho = 0,613$; $p < 0,001$) y conductual ($\rho = 0,840$; $p < 0,001$), siendo esta última la de mayor magnitud. Se concluye que una mayor aceptación del tratamiento se asocia con mejor adherencia terapéutica, lo que sustenta la incorporación de intervenciones psicoeducativas, apoyo emocional y acompañamiento conductual en programas integrales de atención.

Palabras clave: VIH/SIDA; adherencia terapéutica; tratamiento antirretroviral; aceptación del tratamiento; factores psicosociales.

ABSTRACT

Adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) is essential for HIV/AIDS control; however, sustained adherence is influenced by psychosocial factors. Among these, treatment acceptance—conceptualized through emotional, cognitive, and behavioral dimensions—remains insufficiently addressed in routine care. This study aimed to determine the relationship between HAART adherence and treatment acceptance in HIV/AIDS patients treated at Félix Mayorca Soto Hospital during 2020–2024. A quantitative, non-experimental, cross-sectional, correlational design was used. The target population comprised 49 adult patients with confirmed HIV/AIDS; the final sample included 29 participants selected through non-probability convenience sampling. Two validated Likert-type instruments were administered: the HAART Adherence Questionnaire and the Treatment Acceptance Questionnaire. Statistical analysis was conducted at a 95% confidence level using Spearman's rho. Results showed a positive and significant association between adherence and overall treatment acceptance ($\rho = 0.759$; $p < 0.001$). Significant associations were also found with the emotional ($\rho = 0.460$; $p = 0.012$), cognitive ($\rho = 0.613$; $p < 0.001$), and behavioral ($\rho = 0.840$; $p < 0.001$) dimensions, with the behavioral dimension showing the strongest relationship. It is concluded that higher treatment acceptance is associated with better therapeutic adherence, supporting the integration of psychoeducational strategies, emotional support, and behavioral follow-up within comprehensive HIV/AIDS care programs.

Keywords: HIV/AIDS; therapeutic adherence; antiretroviral therapy; treatment acceptance; psychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) continúan representando un problema prioritario de salud pública. En las últimas décadas, el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) ha demostrado alta eficacia para reducir la carga viral, prevenir complicaciones y mejorar la supervivencia; sin embargo, dichos beneficios dependen, en gran medida, de la **adherencia sostenida**. En este sentido, organismos internacionales han subrayado que niveles elevados de adherencia reducen el riesgo de fracaso terapéutico, resistencia farmacológica y transmisión del virus (1). De manera paralela, ONUSIDA ha reportado avances importantes en el acceso al tratamiento, con incrementos sostenidos de cobertura a nivel global (2). Aun así, persisten brechas en resultados clínicos vinculadas al mantenimiento de la adherencia, especialmente en regiones y poblaciones con mayores barreras sociales y sanitarias (3).

La evidencia científica coincide en que la adherencia al TARGA es un fenómeno **multidimensional**. Además de los factores clínicos, intervienen determinantes personales y contextuales, tales como la autoeficacia, el apoyo social, el vínculo con el equipo de salud y la comprensión del tratamiento, los cuales se asocian favorablemente con el cumplimiento terapéutico. Por el contrario, el estigma, la presencia de efectos adversos, las dificultades económicas, la salud mental no abordada y la información insuficiente suelen operar como barreras para sostener el régimen farmacológico (4,5). En el contexto nacional, se ha descrito que las desigualdades territoriales y las limitaciones de accesibilidad a servicios especializados pueden intensificar dichas dificultades, particularmente en regiones con dispersión geográfica o menor oferta sanitaria (6). 18

En este marco, la **aceptación del tratamiento** ha emergido como una variable de interés para comprender la conducta de adherencia. Este constructo incluye, de manera articulada, la dimensión **emocional** (procesamiento afectivo del diagnóstico y del tratamiento),

la dimensión **cognitiva** (comprensión racional de la enfermedad, del régimen terapéutico y de sus beneficios) y la dimensión **conductual** (disposición a sostener rutinas, prácticas de autocuidado y acciones concretas orientadas al cumplimiento). Estudios recientes han señalado que dichas dimensiones pueden fortalecer el compromiso del paciente y favorecer conductas adherentes, particularmente cuando se integran con educación terapéutica y acompañamiento psicosocial (7,8). Sin embargo, esta aproximación aún tiende a ser subrepresentada en estrategias formales de atención, sobre todo en establecimientos de salud fuera de grandes capitales.

En el Hospital Félix Mayorca Soto (HFMS) se han observado dificultades relacionadas con el cumplimiento continuo del TARGA, incluso cuando el tratamiento se encuentra disponible a través del sistema público. Esta situación sugiere la presencia de factores psicosociales y conductuales que interfieren en la continuidad terapéutica y que requieren ser caracterizados en el contexto local. En consecuencia, el estudio plantea como pregunta de investigación: **¿cuál es la relación entre la adherencia al TARGA y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS durante el periodo 2020–2024?**

La relevancia de esta investigación es **social, científica y aplicada**. En el plano social, aporta evidencia para fortalecer intervenciones orientadas a mejorar la adherencia y, por extensión, los resultados clínicos y preventivos. En el plano científico, analiza una variable con potencial explicativo —la aceptación del tratamiento y sus componentes— en un escenario hospitalario regional, contribuyendo a la comprensión contextual de la adherencia. En el plano aplicado, permite orientar decisiones clínicas y de gestión(19) mediante hallazgos cuantitativos que pueden traducirse en estrategias psicoeducativas, de apoyo emocional y de acompañamiento conductual.

El objetivo general es **determinar la relación entre la adherencia al TARGA y la aceptación del tratamiento** en personas con VIH/SIDA atendidas en el HFMS durante 2020–2024, considerando de manera específica las dimensiones emocional, cognitiva y conductual de la aceptación. El estudio se delimita espacialmente al HFMS; temporalmente al periodo 2020–2024; temáticamente al análisis de la relación entre adherencia y aceptación del tratamiento; y poblacionalmente a pacientes adultos diagnosticados con VIH/SIDA en seguimiento en dicha institución.

El trabajo se organiza en cinco capítulos: el primero presenta el planteamiento del problema, objetivos, justificación y delimitación; el segundo desarrolla el marco teórico y antecedentes, así como la operacionalización conceptual de variables e hipótesis; el tercero expone la metodología, con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal y correlacional; el cuarto presenta los resultados; y el quinto integra conclusiones y recomendaciones orientadas a fortalecer la adherencia desde un enfoque integral.

Las autoras.

ÍNDICE

Página

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRAFICOS

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.	Identificación y determinación del problema.....	1
1.2.	Delimitación de la investigación.....	4
1.3.	Formulación del problema.	5
1.3.1.	Problema general.....	5
1.3.2.	Problemas específicos	5
1.4.	Formulación de Objetivos.....	6
1.4.1.	Objetivo general.....	6
1.4.2.	Objetivos específicos.....	6
1.5.	Justificación de la investigación.	6
1.6.	Limitaciones de la investigación.....	8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de estudio.....	9
2.2.	Bases teóricas – científicas.....	13
2.3.	Definición de términos básicos	18
2.4.	Formulación de Hipótesis.	19
2.4.1.	Hipótesis general	19
2.4.2.	Hipótesis específicas	19
2.5.	Identificación de variables.	19
2.6.	Definición operacional de variables e indicadores.....	19

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1.	Tipo de investigación	21
3.2.	Nivel de investigación.....	22
3.3.	Métodos de investigación.....	23
3.4.	Diseño de investigación	23
3.5.	Población y muestra	24
3.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	26
3.7.	Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación	26
3.8.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	27
3.9.	Tratamiento Estadístico.....	30
3.10.	Orientación ética filosófica y epistémica	31

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	Descripción del trabajo de campo	32
4.2.	Presentación, análisis e interpretación de resultados.	33
4.3.	Prueba de hipótesis.....	44
4.4.	Discusión de resultados.....	52

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tabla de categorías	28
Tabla 2 La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Del Tratamiento En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020 – 2024	33
Tabla 3 Coeficiente de correlación y su dirección.....	35
Tabla 4 La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Emocional En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024.....	36
Tabla 5 Coeficiente de correlación y su dirección.....	38
Tabla 6 La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Cognitiva En pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024.....	39
Tabla 7 Coeficiente de correlación y su dirección.....	41
Tabla 8 La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Conductual En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024.....	42
Tabla 9 Coeficiente de correlación y su dirección.....	43
Tabla 10 Correlación del objetivo General	45
Tabla 11 Correlación del objetivo específico 1	47
Tabla 12 Correlación del objetivo específico 2	49
Tabla 13 Correlación del objetivo específico 3	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Del Tratamiento En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020 – 2024.....	35
Gráfico 2 La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Emocional En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024.....	37
Gráfico 3 La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Cognitiva En pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024.....	40
Gráfico 4 La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Conductual En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024.....	43

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) siguen representando una prioridad en materia de salud pública global. Si bien se ha avanzado significativamente en la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales, los desafíos actuales no se centran únicamente en el acceso al tratamiento, sino en garantizar su uso adecuado y continuo por parte de las personas que viven con VIH/SIDA. El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es altamente eficaz, pero requiere de una adherencia sostenida de al menos el 95 % para evitar el fracaso terapéutico, el desarrollo de resistencias y la transmisión del virus (1).

Durante las últimas dos décadas, la respuesta internacional ha evolucionado desde la expansión del acceso al tratamiento hacia la preocupación por la adherencia. En el año 2000, menos del 5 % de las personas con VIH en países de ingresos bajos y medios recibía tratamiento. Para 2023, esta cifra ascendió a más 1persisten problemas significativos. En América Latina, solo el 62 % de las personas en tratamiento alcanza

la supresión viral, y en el caso específico de Perú, ONUSIDA reporta que solo el 55 % de las personas diagnosticadas logra carga viral indetectable, lo cual evidencia deficiencias en la adherencia terapéutica (3,4).

Estudios a nivel internacional y en nuestro país muestran que la adherencia al tratamiento antirretroviral está influenciada por factores personales, sociales y estructurales. Destacan que la educación, el apoyo emocional, el vínculo con el personal de salud y la percepción de eficacia del tratamiento condicionan la continuidad del TARGA (5). En el Perú, considerando los criterios demanda/accesibilidad, refiere que hay baja demanda en casos en espera de tratamiento (30), en el departamento de Moquegua con Buena accesibilidad geográfica y en Amazonas, Huánuco, Pasco, Cajamarca, Apurímac, Huancavelica, Puno, Ayacucho y Cusco; lugares que tienen poca accesibilidad geográfica (6).

En ese contexto, una variable que ha cobrado creciente relevancia en la última década es la **aceptación del tratamiento**. Este proceso involucra el reconocimiento emocional y cognitivo del diagnóstico, así como la disposición del paciente a asumir el tratamiento como parte de su autocuidado. A inicios de los años 2000, la aceptación del tratamiento era escasamente abordada en los programas de salud; sin embargo, hay trabajos incluso de voluntarios para hacer el acompañamiento y cuidados domiciliarios demostrando que la aceptación es un factor determinante en la adherencia y en la salud de la persona con VIH (7). La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte incumplimiento en un 50%, mientras que diferentes estudios la prevalencia de la no adherencia del 25 al 50%, variando en relación de la enfermedad, características de la persona y la cobertura sanitaria, lo que repercute negativamente en la continuidad terapéutica (8).

Investigación realizada en Lima Perú, de Navarro W. (2021). Menciona la

existencia de una asociación o relación muy significativa en la calidad de vida, así como la adherencia a la terapia antirretroviral y las capacidades intelectuales en individuos que tienen el VIH. Esta situación es especialmente ratificado por el estudio del Ministerio de Salud del Perú: Un paso adelante en la Lucha contra el SIDA, donde es más preocupante en regiones fuera de Lima, donde el acceso geográfico y apoyo psicológico es limitado (8).

En el HFMS, se ha observado en los últimos años un número considerable de pacientes que abandonan parcial o completamente su tratamiento antirretroviral, a pesar de que este es gratuito y está garantizado por el sistema de salud pública. Este fenómeno sugiere que factores más allá de lo clínico o logístico están influyendo en el comportamiento terapéutico de los pacientes, entre ellos, la aceptación del tratamiento como dimensión clave para la adherencia sostenida.

Frente a esta realidad, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024?

Este problema de investigación se caracterizó por su **pertinencia social**, al abordar una condición que afecta tanto la salud individual como la salud pública. Tiene **relevancia científica**, ya que propone analizar la vinculación entre variables clínicas y psicosociales desde una perspectiva integral. Su **viabilidad metodológica** está asegurada por la disponibilidad de instrumentos validados y una población accesible. Además, representa una línea de investigación **original**, especialmente en contextos hospitalarios regionales. Por último, es un problema **susceptible de ser abordado científicamente**, ya que ambas variables pueden ser medidas, comparadas y correlacionadas mediante herramientas cuantitativas.

Esta investigación busca generar evidencia que permita mejorar las estrategias de atención a personas con VIH/SIDA, desarrollando modelos de intervención centrados en el paciente, que fortalezcan tanto la dimensión clínica como la emocional del tratamiento antirretroviral.

1.2. Delimitación de la investigación

La presente investigación se desarrolló bajo criterios definidos que acotan su alcance y aseguran su viabilidad científica y metodológica. Exponemos las principales delimitaciones:

Delimitación temporal: Este estudio se ejecutó durante el año 2024, esta delimitación abarcó las fases de la investigación. La naturaleza transversal del estudio responde al diseño metodológico no experimental, en el cual se recolectó datos en un único momento del tiempo, siendo este un enfoque ampliamente utilizado en investigaciones en salud pública (9).

Delimitación espacial: El ámbito espacial de la investigación es el HFMS, ubicado en la región Centro- del Perú. Esta institución de salud pública es un centro de referencia regional que brinda atención especializada a personas con VIH/SIDA, y cuenta con un programa activo de tratamiento antirretroviral gratuito. La elección de este hospital responde tanto a su accesibilidad como a su importancia en el control de enfermedades infecciosas en la región (10).

Delimitación social: La población objeto de estudio está compuesta por pacientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA, que reciben atención médica y tratamiento antirretroviral (TARGA) en el hospital mencionado. Se incluyó únicamente los pacientes que se trataron desde el 2020 hasta el 2024.

Delimitación conceptual: La investigación aborda dos variables clave:

Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA):

definida como el grado en que el comportamiento del paciente coincidió con las indicaciones del personal de salud en relación con la toma de medicamentos, asistencia a consultas y seguimiento terapéutico. La Organización Mundial de la Salud recomienda una adherencia superior al 95% para garantizar la supresión viral y evitar resistencias (11).

Aceptación del tratamiento: entendida como la actitud cognitiva, emocional y conductual del paciente frente al diagnóstico de VIH y su tratamiento, la cual influye directamente en la motivación para continuar con el régimen antirretroviral (12).

Ambas variables fueron analizadas desde el enfoque psicosocial propuesto por el Modelo de Creencias en Salud (MBS), el cual explica cómo las percepciones individuales sobre la enfermedad, los beneficios del tratamiento y las barreras percibidas influyen en la conducta de salud (13).

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Existe relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024?

1.3.2. Problemas específicos

PE.1. ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación emocional en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020 - 2024?

PE.2. ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación cognitiva en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020 - 2024?

PE.3. ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación conductual en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020 - 2024?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024.

1.4.2. Objetivos específicos

O.E.1. Analizar la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación emocional en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020 - 2024.

O.E.2. Analizar la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación cognitiva en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020 - 2024.

O.E.3. Analizar la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación conductual en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020 - 2024.

1.5. Justificación de la investigación

La presente investigación adopto un enfoque cuantitativo, dado que se busca analizar de forma objetiva y medible la relación entre dos variables claramente definidas: la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARGA) y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA. Este enfoque nos permitió recolectar datos mediante instrumentos estructurados, los cuales fueron procesados estadísticamente para identificar patrones de asociación entre las variables de interés (9).

El tipo de estudio es básico, ya que su finalidad es contribuir al desarrollo del conocimiento científico, en particular en el área del comportamiento en salud, sin intervenir directamente en el entorno clínico del paciente. No se propone una solución inmediata al problema, sino una comprensión profunda que sirva de base para futuros estudios o intervenciones aplicadas (14).

Se ha elegido un diseño no experimental, debido a que no se manipulan las variables independientes ni se asignan condiciones a los participantes. Los fenómenos se observan tal como ocurren en su contexto natural, lo cual es coherente con el carácter ético y descriptivo del estudio. Además, es longitudinal, porque nos permitió recolectar la información en el periodo del 2020 al 2024, debiendo asistir al hospital según coordinación con la responsable del servicio(9,14).

El nivel de investigación es correlacional, ya que el objetivo principal es determinar si existe una relación significativa entre la aceptación del tratamiento y la adherencia al TARGA. Este tipo de diseño es apropiado cuando se desea establecer asociaciones entre variables sin pretender inferir causalidad (9).

La población objeto de estudio está compuesta por pacientes adultos con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en el Hospital Félix Mayorca Soto. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando la accesibilidad a los participantes, la confidencialidad requerida y la naturaleza sensible de la temática. Este tipo de muestreo es habitual en investigaciones en salud con poblaciones específicas (15).

En cuanto a la recolección de datos, se emplearon cuestionarios estructurados tipo Likert, validados previamente por juicio de expertos. Se seleccionó esta técnica por su eficiencia, su facilidad de aplicación en entornos clínicos y su capacidad para cuantificar constructos como la aceptación del tratamiento y la adherencia terapéutica

(16).

1.6. Limitaciones de la investigación

El presente estudio, presenta algunas limitaciones propias del enfoque metodológico (no experimental, transversal y correlacional), los que tomamos en cuenta en los resultados.

La recolección de datos se realizó en un único momento, restringiendo la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables de adherencia y aceptación del tratamiento antirretroviral, los estudios de este tipo nos permitieron observar correlaciones, no siendo adecuados para determinar su direccionalidad ni tampoco su causalidad (9).

Como la muestra es de pacientes del HFMS, reduciendo la capacidad de generalizar los hallazgos hacia poblaciones con características socioculturales, clínicas o institucionales diferentes. Este sesgo afecta la validez externa del estudio, porque ambas variables están influenciadas por factores contextuales específicos, como el acceso al sistema de salud, las condiciones de atención o el nivel educativo de los pacientes.

Existe la posibilidad que las respuestas de los sujetos de estudio fueron brindadas pensando en que sean respuestas socialmente aceptables, pensando específicamente en sus conductas, porque el tema del VIH/SIDA, es sensible.

También el estudio no incluyó variables psicológicas, variables sociales u otras variables estructurales que pueden influir en la adherencia al tratamiento, (apoyo familiar, salud mental o el estigma percibido).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

Antecedentes internacionales.

Bezabhe et al. (2014) en su estudio “Barreras y facilitadores de la adherencia al tratamiento farmacológico antirretroviral y la retención en la atención entre pacientes adultos VIH positivos: un estudio cualitativo de Etiopía” trabajo realizado en Etiopía, su Objetivo: Identificar los factores que dificultan o facilitan la adherencia al tratamiento antirretroviral y la permanencia en el sistema de atención en personas adultas con VIH. Metodología: Estudio cualitativo, con entrevistas semiestructuradas a pacientes VIH positivos que reciben tratamiento antirretroviral en Centros de Salud de Etiopía. Conclusión: La percepción de autoeficacia, el apoyo social y la comprensión de los beneficios del tratamiento son factores clave para mejorar la adherencia; mientras que el estigma, el olvido, y los efectos secundarios actúan como barreras importantes (17).

Krankowska et al. (2024) en la investigación “Barriers to HIV testing and possible interventions to improve access to HIV healthcare among migrants, with a

focus on migrant women: Results from a European survey” realizado en 12 países de la Unión Europea. Con el objetivo de Identificar barreras en el acceso a pruebas de detección del VIH y servicios de atención médica entre personas migrantes, con énfasis en mujeres migrantes, así como proponer intervenciones para mejorar dicho acceso. La metodología: Tipo transversal con una encuesta con más de 2,000 migrantes en Europa. Usó un cuestionario estructurado auto administrado y se aplicaron análisis estadísticos descriptivos y multivariados. Sus conclusiones: Las barreras identificadas: El desconocimiento del sistema de salud, miedo a la discriminación, inseguridad jurídica y falta de recursos lingüísticos. Principalmente en mujeres migrantes (más vulnerables). Recomendación: Propone intervenciones eficaces en la mejora del acceso cultural y lingüístico, el fortalecimiento de servicios de salud amigables para migrantes (18).

La OMS enfatizó en su informe del 2021. En el estudio: Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Un informe global de un contexto internacional. Su objetivo: Proporcionar directrices actualizadas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y monitoreo del VIH, desde un enfoque de salud pública. Método: Revisión de evidencia científica global, informes técnicos, y consensos de expertos en salud pública. Sus conclusiones: Aún el acceso al TARGA, mejoró mundialmente, el desafío radica en mantener la adherencia a largo plazo, especialmente debido a factores personales como el agotamiento terapéutico, y estructurales como la desigualdad y el estigma (19).

Antecedentes Latinoamericanos.

Pérez et al. (2021) desarrollaron: Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/SIDA. El objetivo: Identificar los elementos que inciden negativamente en el cumplimiento del tratamiento

antirretroviral. Metodología: Es de tipo cuantitativo y diseño transversal, desarrollado en una institución hospitalaria de Cuba mediante encuestas estructuradas a pacientes con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA. Conclusión: La no adherencia está relacionada con el olvido en la toma de los medicamentos, percepción negativa del tratamiento, factores como el miedo o la negación, y la falta de apoyo familiar. Hay barreras estructurales relacionadas a la estigmatización y al acceso irregular a servicios. Al finalizar refiere que es fundamental reforzar las intervenciones educativas, emocionales y comunitarias para mejorar la adherencia terapéutica en personas con VIH (20).

Reyes L. et al. (2022) en la investigación Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA de la región Caribe colombiana, Su objetivo: Evaluar el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) y los factores asociados a su cumplimiento en una población de pacientes adultos. Metodología: tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, desarrollándose en varias instituciones de salud - Región Caribe y utilizó el instrumento **CEAT-VIH** como herramienta de medición validada. Resultados: Un porcentaje considerable de pacientes presentaba **adherencia parcial o baja al tratamiento**, asociado con factores como **bajo nivel educativo, percepción negativa del estado de salud, barreras en el acceso a los servicios sanitarios, y ausencia de redes de apoyo familiar o social**. Conclusión: La adherencia al TAR debe ser abordada de manera integral, incluyendo componentes educativos, sociales y estructurales dentro de las estrategias de atención y seguimiento a personas que viven con VIH/SIDA.

Manríquez J. Stuardo V. (2015) en el estudio: Adherencia a la TARV en VIH: la importancia del contexto socio-cultural implicado, Chile. el Objetivo: Analizar cómo factores individuales, socioculturales y del sistema de salud condicionan la adherencia

a la TARV, más allá del enfoque positivista centrado en trastornos mentales
Metodología: Revisión teórica y analítica de literatura asociada. La conclusión: La adherencia no es sólo una cuestión clínica o psiquiátrica, sino que está influida por mecanismos de afrontamiento, creencias comunitarias, estigma, discriminación y condiciones de vulnerabilidad (21).

Antecedentes nacionales.

Leyva-Moral J. et al. (2019) al estudiar “Adherencia a la terapia antirretroviral y factores asociados en personas con VIH/SIDA en el norte del Perú” estudio de tipo transversal. Desarrollado en la provincia de Lambayeque, al norte del Perú. Su objetivo es comprender la adherencia a la TARV en el contexto peruano, describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes, evaluaron las estrategias de manejo clínico y analizar la relación entre dichas variables y la adherencia en personas con VIH atendidas en la clínica regional de Lambayeque. La metodología: Estudio observacional de diseño transversal. Se seleccionaron consecutivamente (muestreo no probabilístico) 180 adultos con VIH (78.3 % de la población elegible). Se recogieron datos con: PLHIV-Pro (perfil sociodemográfico y clínico) y el SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire). Realizándose un análisis descriptivo; bivariado (Mann–Whitney, Chi-cuadrado con corrección de Yates); y multivariado (modelo lineal binomial anidado). Se emplearon SPSS v22 y EPIDAT v3.1. El reporte cumple la declaración STROBE para estudios observacionales. Su Conclusión: Solo 41.7 % de los participantes fueron adherentes según SMAQ. Factores de no adherencia: tuberculosis concurrente, pausas previas en TARV y malestar con el régimen. Factor protector: tener hijos. Recomendación: Actualizar normas técnicas nacionales, garantizar disponibilidad de medicamentos, capacitar a profesionales de salud y desarrollar instrumentos de medición de adherencia validados para Latinoamérica (22).

Barrera-Espinoza R. et al (2021) en la investigación: Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. Desarrollado en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Huancayo Perú. El objetivo: Determinar los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA atendidas en un hospital de referencia del Perú en el año 2018. La metodología: El diseño: Estudio transversal analítico. La muestra: 117 personas con VIH/SIDA seleccionadas mediante muestreo probabilístico simple. El instrumento: Cuestionario CEAT-VIH validado para medir adherencia al tratamiento. El Análisis estadístico: Se empleó regresión logística bivariada y multivariada para identificar los factores asociados a la no adherencia. Las conclusiones: La prevalencia de no adherencia fue del 17,1 %. Los factores asociados significativamente a la no adherencia: Sexo masculino (OR: 16,175; IC95 %: 3,417-76,580), Presencia de comorbilidades (OR: 9,556; IC95 %: 1,826-50,007). Un hallazgo interesante fue que una carga viral detectable menor a 1000 copias/ml fue un factor protector contra la no adherencia. Se recomienda fortalecer la educación en salud y el soporte emocional para mejorar la adherencia (23).

2.2. Bases teóricas – científicas

Adherencia al tratamiento.

Definición: Es la capacidad del paciente para cumplir estrictamente el régimen terapéutico prescrito, el paciente asegura el consumo o administración de los medicamentos antirretrovirales, la finalidad es mantener la supresión de la replicación viral y mejorar su calidad de vida (24).

Definición según La OMS: Es el grado de cumplimiento de: tratamiento, prescripciones médicas por parte del paciente, es decir, es la capacidad que tiene el paciente para cumplir estrictamente indicaciones vertidas algún miembro del equipo de

salud, también incluyeron: toma de medicamentos, mejoramiento de estilos de vida y cumplimiento de los controles médicos (25).

Factores influyentes en la adherencia:

- Factor social y económico (grado de instrucción, ingresos económicos, acceso a servicios de salud).
- Factor terapéutico (su complejidad, efectos colaterales).
- Factor paciente (conocimiento sobre la patología y la motivación,).
- Factor patológico (letalidad y sintomatología).
- Factor del equipo de salud (atención de calidad, intercomunicación con importancia de la adherencia en el manejo del VIH/SIDA).

Es importante porque favorece el cumplimiento y efectividad del tratamiento antirretroviral, mejorando la vida del paciente:

- **Prevención de la resistencia viral:** Cuando los pacientes no siguen correctamente el tratamiento, el virus puede desarrollar resistencia a los medicamentos, lo que dificulta su control y requiere cambios en la terapia (20).
- **Reducción de la carga viral:** Una adherencia adecuada favoreció mantener la carga viral en niveles indetectables, lo que disminuye la progresión de la enfermedad y reduce el riesgo de transmisión (8).
- **Mejora en la calidad de vida:** Los pacientes que siguen el tratamiento de manera constante tienen menos complicaciones de salud y pueden llevar una vida más activa y saludable.
- **Impacto en la salud pública:** La adherencia terapéutica contribuye a la reducción de la transmisión del VIH en la comunidad, ayudando a controlar la epidemia a nivel global.

- **Optimización de recursos médicos:** Un manejo adecuado de la adherencia reduce hospitalizaciones y costos asociados al tratamiento de complicaciones derivadas del VIH.

Factores que influyen en la adherencia (biológicos, psicológicos, sociales y económicos).

- **Factores socioeconómicos:** Incluyen el nivel educativo, ingresos, acceso a servicios de salud y apoyo familiar. La falta de recursos económicos puede dificultar el cumplimiento del tratamiento.
- **Factores asociados con el sistema de salud pública:** La calidad de la atención médica, la comunicación entre el paciente y el profesional de salud, y la accesibilidad a los servicios influyen en la adherencia.
- **Factores asociados con la terapia:** Lo complejo en el tratamiento terapéutico, los efectos colaterales y la duración de la terapia pueden influir en la continuidad del mismo.
- **Factores asociados con la enfermedad:** La gravedad de la enfermedad, la presencia de síntomas y la percepción del paciente sobre su condición influyen en su compromiso con el tratamiento.
- **Factores relacionados con el paciente:** La motivación, el conocimiento sobre la enfermedad, el estado emocional y la actitud hacia el tratamiento juegan un papel clave en la adherencia.

Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

Es una estrategia terapéutica utilizada para tratar la infección por el VIH/SIDA. Es la combinación de varios fármacos antirretrovirales que trabajan en conjunto para suprimir la replicación del virus, evitando su progresión y reduciendo la carga viral en el organismo. Características:

- Uso de múltiples fármacos: Se combinan diferentes clases de antirretrovirales para aumentar la eficacia y reducir la posibilidad de resistencia.
- Reducción de la carga viral: Mantiene el VIH en niveles indetectables, lo que mejora la calidad de vida del paciente y disminuye el riesgo de transmisión.
- Prevención de resistencia: Al atacar el virus desde distintos mecanismos, se evita que desarrolle resistencia a los medicamentos.
- Mejora en la salud del paciente: Aumenta el número de linfocitos CD4+, fortaleciendo el sistema inmunológico.

Modelos teóricos sobre adherencia

Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model – HBM)(26)

El Modelo de Creencias en Salud (HBM), propuesto por Rosenstock en 1974, es un marco conceptual utilizado para explicar y predecir conductas de salud. Este modelo sostiene que las decisiones relacionadas con el tratamiento o la prevención de enfermedades están influenciadas por las creencias individuales que la persona tiene sobre su condición.

Los principales componentes del modelo son:

- Percepción de susceptibilidad
- Percepción de gravedad
- Beneficios percibidos
- Barreras percibidas
- Autoeficacia
- Estímulos para la acción

En el contexto del VIH/SIDA, este modelo ayuda a comprender cómo los pacientes perciben su diagnóstico, la eficacia del tratamiento y los factores que los motivan o dificultan para mantener la adherencia. La aceptación del tratamiento, desde

esta perspectiva, mejora la percepción de beneficios, reduce las barreras y fortalece la autoeficacia, promoviendo así una conducta terapéutica sostenida.

Teoría del Comportamiento Planeado (Theory of Planned Behavior).(TPB), desarrollada por Icek Ajzen en 1985, busca explicar y predecir el comportamiento humano a partir de los siguientes factores:

1. La actitud hacia el comportamiento: La valoración positiva o negativa del sujeto al realizar una acción, en base a sus convicciones sobre los efectos del mencionado comportamiento.
2. Las normas subjetivas: La presión del medio social entendida para tener o no un comportamiento, también es influenciada por la esperanza de todos los que le rodean.
3. El control percibido del comportamiento: La percepción de la facilidad o dificultad para llevar a cabo una acción, considerando recursos, habilidades y barreras externas.

Esta teoría es una extensión de la Teoría de la Acción Razonada y es útil en el área de la salud, el consumo y el medio ambiente. Su aplicación ayudó a comprender mejor las intenciones de comportamiento y diseñar estrategias para influir en ellas (27).

Factores de aceptación del tratamiento:

Son aquellos que influyen en la disposición del paciente para seguir una terapia médica. Estos pueden agruparse en varias categorías:

- **Factores personales:** Incluyen la percepción del paciente sobre su enfermedad, su motivación para el tratamiento y su nivel de conocimiento sobre los beneficios de la terapia.
- **Factores sociales:** El apoyo de familiares, amigos y redes comunitarias puede mejorar la aceptación del tratamiento.

- **Factores económicos:** La accesibilidad a los medicamentos y el costo del tratamiento pueden influir en la decisión del paciente.
- **Factores relacionados con el sistema de salud:** La calidad de la atención médica, la relación con los profesionales de salud y la facilidad de acceso a los servicios juegan un papel clave.
- **Factores psicológicos:** El estado emocional del paciente, la ansiedad, el miedo a los efectos secundarios y la confianza en el tratamiento pueden afectar su aceptación.

2.3. Definición de términos básicos

- **Adherencia:** Nivel en que el paciente sigue adecuadamente el tratamiento antirretroviral (medicación y controles médicos).
- **TARGA:** Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, régimen basado en una combinación de fármacos para controlar el VIH.
- **Aceptación del tratamiento:** Proceso por el cual el paciente con VIH reconoce su diagnóstico y desarrolla conductas activas hacia su tratamiento.
- **Aceptación emocional:** Capacidad del paciente para procesar afectivamente su diagnóstico sin negación ni evasión.
- **Aceptación cognitiva:** Comprensión racional de la importancia del tratamiento y del cuidado continuo.
- **Aceptación conductual:** Conductas observables que evidencian cumplimiento del tratamiento (toma de medicamentos, controles, seguimiento).
- **Supresión viral:** Reducción de la carga viral a niveles indetectables mediante alta adherencia al TARGA.
- **Modelo de Creencias en Salud:** Teoría psicosocial que explica cómo las percepciones sobre enfermedad y tratamiento influyen en las conductas de salud.

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024

2.4.2. Hipótesis específicas

H.E.1. Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación emocional en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020 - 2024.

H.E.2. Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación cognitiva en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020 - 2024.

H.E.3. Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación conductual en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020 - 2024.

2.5. Identificación de variables

Variable 1: Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad.

Variable 2: Aceptación del Tratamiento

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

Está desarrollado en el siguiente **Cuadro de Operacionalización de Variables**, desarrollado en la siguiente hoja:

Cuadro de Operacionalización de Variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones - Indicadores	Ítems
Adherencia al tratamiento antirretroviral (TARGA)	La adherencia es definida por la OMS como el grado en que el comportamiento del paciente se ajusta a las recomendaciones del personal de salud, incluyendo la toma de medicamentos, la asistencia a controles y la continuidad del tratamiento [3].	Es el nivel de comportamiento de un paciente, guiado por la profesional obstetra influenciando sobre la toma de los medicamentos, su cumplimiento al control y continuidad del tratamiento, percepción de efectos adversos y presencia de trastornos.	Cumplimiento terapéutico Continuidad del tratamiento Asistencia a controles médicos	Del ítem 1 al 10 Del ítem 11 al 20 Del ítem 21 al 30
Aceptación del tratamiento	La aceptación del tratamiento es entendida como el proceso emocional, cognitivo y conductual mediante el cual el paciente reconoce su diagnóstico y se vincula positivamente con su régimen terapéutico [7].	Es el reconocer, validar los tratamientos sugeridos, sin juzgar o cambiar, comprometiéndose en afrontar las situaciones difíciles y aceptando los beneficios.	Aceptación emocional Aceptación cognitiva Aceptación conductual	Del ítem 1 al 10 Del ítem 11 al 20 Del ítem 21 al 30

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

En toda investigación se busca comprobar las hipótesis y los objetivos previamente formulados. El presente estudio se ha elaborado en base al planteamiento metodológico con enfoque cuantitativo, ya que se recurrió a la recolección y análisis de datos con el propósito de responder a los problemas de investigación y verificar las hipótesis planteadas. Para ello, se emplearon herramientas estadísticas que permiten establecer con precisión patrones de comportamiento en una población. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2021). Metodología de la investigación (7ª ed.). México D.F.: McGraw-Hill Education.

Asimismo, según su propósito o finalidad, este estudio corresponde a una investigación básica o pura, porque se orienta a generar conocimiento teórico sobre la relación entre variables relevantes en el campo de la salud pública y el comportamiento del paciente. Su finalidad es ampliar la comprensión científica de estos fenómenos, aportando fundamentos conceptuales que pueden servir de base para futuras investigaciones y aplicaciones en la práctica profesional.

Delgado Coello, Blanca Alicia. (2009). Propósitos y alcances de la investigación básica. Revista Ciencia, Academia Mexicana de Ciencias.

https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/66_1/PDF/AlcancesInvestigacion.pdf

Por el alcance: es una investigación correlacional porque determina el grado y dirección de relación entre las variables de estudio sin manipularlas. Pero sobre todo en la presente investigación no busca o pretende a determinar la causalidad del problema sino más bien la correlación entre las variables.

Por la temporalidad, la presente investigación es longitudinal porque ha sido medido varias veces.

La unidad de análisis son todos los pacientes que asisten al consultorio de VIH, en el Hospital Félix Mayoraca Soto en el año 2025.

3.2. Nivel de investigación

La presente investigación se ubica en el nivel correlacional, ya que busca determinar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre dos variables: la adherencia al tratamiento antirretroviral y la aceptación del tratamiento, sin que ello implique establecer una relación de causalidad directa.

La investigación correlacional o relacional no se orienta a identificar causas y efectos, sino que permite, mediante técnicas estadísticas, observar tendencias, patrones y grados de asociación entre las variables implicadas. En este sentido, se centra en describir la fuerza y dirección de las relaciones, sin asumir dependencia causal entre ellas (Supo Condori, 2025).

Supo Condori, J. A. (2025). Niveles de investigación: Una clasificación emergente fundamentada en el análisis de datos para la investigación científica. Lima, Perú: BIOESTADISTICO. ISBN: 978-612-99163-0-9.

3.3. Métodos de investigación

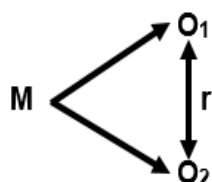
Según el enfoque metodológico: es una investigación que sigue el Método hipotético deductivo, Este enfoque presenta las siguientes características, partimos de la teoría, luego se planteó la hipótesis, después se realizó la recolección y el análisis de datos numéricos, permitiéndonos medir, comparar también establecer relaciones entre las variables de estudio mediante procedimientos estadísticos.

También utilizamos el método analítico – sintético: descomponiendo las variables en dimensiones y sus indicadores y luego integrando resultados.

Por último, se utilizó el método estadístico, porque se determinó la medición de variables y al evaluar la correlación esperada se determinó si es positiva o negativa; débil, modera y fuerte.

3.4. Diseño de investigación

Considerando el diseño temporal y de manipulación de variables. Es No experimental, es decir, no hay manipulación de las variables, solo observas, hay intervención, pero sin grupo control aleatorio. Es longitudinal, porque nos permitió recolectar la información en el periodo del 2020 al 2024, debiendo asistir al hospital según coordinación con la responsable del servicio. También considerando la aceptación de entrevista por el paciente debiendo ser reservada e individual (encuesta aplicada en diferentes fechas). El estudio lo podemos diagramar de la manera siguiente:



Dónde: 37

M = Muestra

O₁ = Variable 1: Adherencia al TARGA

O₂ = Variable 2: Aceptación del Tratamiento En Pacientes VIH/SIDA

r = Relación de la Variable 1 y la Variable 2

En resumen, el estudio es:

Tipo: Investigación básica.

Nivel: Correlacional

Enfoque: Cuantitativo

Diseño: No experimental, longitudinal

3.5. Población y muestra

Población: La población en un inicio ha estado proyectado, con 49 pacientes que pertenece a pacientes continuadores desde el 2020 al 2024. Considerando los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes con un mínimo de seis meses continuos en tratamiento TARGA
- Capacidad de brindar consentimiento informado
- Asistencia activa al programa de VIH del hospital durante el periodo de estudio

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico psiquiátrico descompensado
- Pacientes en condición clínica terminal
- Pacientes que no comprendan el instrumento por limitaciones cognitivas.

Muestra: 29 pacientes, (pacientes que cumplieron con el proceso de recolección de datos).

En nuestra población hay mucha sensibilidad al diagnóstico, existen un estigma social que aún rodea al VIH/SIDA, nosotras nos vimos en la necesidad de establecer un vínculo de confianza con cada uno de los pacientes. Este proceso implicó que

demostramos compromiso ético, profesionalismo, respeto por la confidencialidad.

Muestreo: Se utilizó el muestreo no probabilístico, específicamente muestreo no probabilístico por conveniencia. Técnica que se decidió por la disponibilidad de los sujetos de estudio.

Convencionalmente en estudios con poblaciones vulnerables como en el presente. Con pacientes con VIH/SIDA, la confianza no lo logramos fácilmente o por defecto, ésta se va logrando y construyendo con mucho respeto y ética profesional.

En la participación de los sujetos de estudio, no ha sido rápida o inmediata, tampoco ha sido automática.

El compromiso y disposición de los 29 pacientes que colaboraron con nuestro estudio refleja no solo la relevancia de nuestro estudio, sino también el reconocimiento hacia el investigador (obstetras) como un profesional confiable y empático.

Los sujetos de estudio son todos los pacientes adultos (mayores de 18 años) con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral en el HFMS, durante el período enero – octubre de 2024.

Muestra y técnica de muestreo

La muestra está conformada por pacientes que cumplan con los criterios establecidos y que participen voluntariamente en el estudio. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dada la naturaleza del estudio y el acceso limitado a la población objetivo.

El tamaño muestral se determinó con base en los registros clínicos activos y se ajustó a las posibilidades reales de recolección, sin que esto comprometa la validez del análisis estadístico.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica:

Se utilizó la encuesta estructurada como técnica de recolección de datos, aplicada de forma individual a los participantes.

Instrumentos:

Se empleó dos cuestionarios estructurados, validados por juicio de expertos:

1. **Cuestionario de adherencia al tratamiento TARGA**, basado en dimensiones de cumplimiento terapéutico, continuidad del tratamiento y asistencia a controles médicos.
 - **Autoras:** Malpartida Arias Lizbet Rosario / Mora Dueñas Katy Siomara
 - **Propósito:** El principal propósito es recolectar datos de manera eficiente y así poder evaluar y obtener datos de manera cuantitativa.
 - **Dimensiones:** Cada cuestionario comprende de tres dimensiones
 - **Numero de ítems:** Presenta 10 ítems por cada dimensión.
2. **Cuestionario de aceptación del tratamiento**, que evaluó la aceptación emocional, cognitiva y conductual del paciente frente a su tratamiento.

Ambos instrumentos emplearon una escala tipo Likert de cinco puntos, con opciones que van desde “nunca” hasta “siempre”, y algunos ítems complementarios de escala discreta (por ejemplo: número de dosis omitidas o citas perdidas en el último mes).

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

La selección de los instrumentos se realizó considerando investigaciones previas en el área de adherencia terapéutica y aceptación del tratamiento en enfermedades crónicas.

La Validez de los cuestionarios fueron sometidos a un proceso de validación

de contenido mediante el juicio de expertos, conformado por profesionales en psicología clínica, salud pública y metodología de la investigación.

Asimismo, se realizó una prueba piloto con una muestra pequeña de pacientes ($n = 10$) que no formaron parte del estudio final, con el propósito de verificar la claridad de los ítems, la comprensión del lenguaje y el tiempo estimado de aplicación.

Se calculó el índice de consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach para ambos instrumentos, considerándose aceptable un valor de 0.70.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El proceso de recolección de datos se desarrolló en etapas:

- a) Coordinación con el HFMS: Presentación de solicitud de autorización al hospital para la ejecución del estudio.
- b) Convocatoria a sujetos de estudio: Selección de sujetos de estudio (pacientes) considerando los criterios de inclusión, invitación y explicación individual del estudio.
- c) La depuración se realizó viendo los datos, considerando si tenían todos los datos y están dentro de los criterios inclusivos.
- d) Firma del consentimiento informado: Cada uno de los participantes firmaron el consentimiento antes de iniciar la encuesta.
- e) Aplicación de encuestas (instrumentos): Aplicación en forma física - presencial de los cuestionarios por las investigadoras, en el consultorio del Servicio VHI/SIDA, manteniendo la privacidad y garantizando la confidencialidad de la aplicación.
- f) Codificación de las encuestas: Los datos registrados están anonimizados y registrados en una base de datos propios del servicio, manteniendo en lo posible la reserva de información.

Desarrollo de técnicas de análisis de datos estadísticos:

Se realiza el análisis descriptivo mediante la elaboración de tabla de contingencia, determinando las frecuencias y porcentajes para las variables categóricas

Se utiliza la tabla para interpretar la relación entre variables o dimensiones de estudio.

Presentamos la **tabla de categorías**, esta tabla nos sirvió para la interpretación del grado de relación que hay entre las variables y las dimensiones de estudio

Tabla 1 *Tabla de categorías*

ESCALA	CATEGORÍAS
$0,0 < r < 0,2$	Existe correlación no significativa
$0,2 \leq r < 0,4$	Existe correlación baja
$0,4 \leq r < 0,7$	Existe significativa correlación
$0,7 \leq r < 1,0$	Existe alto grado de correlación
$r = 1$	Existe correlación perfecta
$r = 0$	Los datos están incorrelacionados

Fuente: Córdova I. (2013). Estadística Básica Aplicada

Al utilizar el **Cuestionario de Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)**. Lo valoramos mediante el cuestionario estructurado, diseñado para medir el grado de cumplimiento terapéutico en los pacientes. El referido instrumento tiene una escala de puntuación de: 30 a 150 puntos. Para cuando interpretemos los resultados, se estableció un baremo categórico que clasifica el nivel de adherencia en tres rangos:

Rango de Puntuación	Nivel de Adherencia
30 - 70	1: Bajo
71 - 110	2: Media
111 - 150	3: Alta

La presente categorización permitió identificar el grado de compromiso del paciente con su tratamiento, nos facilitó el análisis estadístico y la toma de decisiones.

Para efectos de análisis e interpretación de las tres dimensiones: Cumplimiento terapéutico, continuidad del tratamiento y asistencia a controles médicos, se ha establecido un baremo común que clasifica el nivel de adherencia en cada dimensión de la siguiente manera:

Rango de Puntuación	Nivel de Adherencia al tratamiento
10 - 23	1: Baja
24 - 37	2: Media
38 - 50	3: Alta

Las referidas categorizaciones facilitaran las comparaciones de las dimensiones y reconocer las áreas de mayor o menor adherencia en los sujetos de estudio.

Y, para el **Cuestionario de Aceptación del Tratamiento Antirretroviral**, que es la variable **Aceptación del Tratamiento Antirretroviral** ha sido medida también en la escala de puntuación de 30 a 150 puntos. En la interpretación de los resultados, se baremó en tres rangos:

Rango de Puntuación	Nivel de Aceptación al tratamiento
30 - 70	1: Bajo
71 - 110	2: Medio
111 - 150	3: Alto

La presente categorización permitió identificar el grado de aceptación al tratamiento, nos facilitó el análisis estadístico y la toma de decisiones.

Así mismo, para el análisis e interpretación de las tres dimensiones: Aceptación

emocional, aceptación cognitiva y aceptación conductual, se ha establecido un baremo común que clasifica el nivel de adherencia en cada dimensión de la siguiente manera:

Rango de Puntuación	Nivel de Adherencia
10 - 23	1: Bajo
24 - 37	2: Medio
38 - 50	3: Alto

Las referidas categorizaciones nos ayudaran en las comparaciones de las dimensiones y reconocer las áreas de mayor o menor aceptación en los pacientes evaluados.

3.9. Tratamiento estadístico

Los datos recolectados han sido procesados mediante el programa **SPSS (versión 26.0)**. Se aplicó técnicas de estadística descriptiva e inferencial, de la siguiente forma:

Estadística descriptiva, se utilizaron:

Frecuencias absolutas y relativas.

Estadística inferencial, para analizar la relación entre las variables:

Se utilizó el coeficiente de Spearman, donde no se realizó la distribución normal.

Se estableció un nivel de significancia de $p < 0.05$ para determinar la existencia de una relación estadísticamente significativa entre aceptación del tratamiento y adherencia al TARGA.

El tratamiento estadístico nos permitió valorar la hipótesis de la investigación mediante pruebas de correlación bivariado, se empleó la prueba de correlación Rho de Spearman por la cantidad de pacientes o sujetos de estudio.

Después realizamos la presentación de resultados mediante las tablas de contingencia, y la representación gráfica mediante el diagrama de dispersión.

Los resultados estadísticos son presentados con breve interpretación, para después desarrollar en el capítulo siguiente, acompañados de su respectiva discusión teórica.

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica

La investigación respetó los principios éticos establecidos en la **Declaración de Helsinki** y en las normas nacionales sobre investigación en seres humanos. Se garantizó los siguientes aspectos:

Consentimiento informado: todos los participantes firmaron un documento donde se les explicó el objetivo del estudio, su voluntariedad, anonimato y confidencialidad. La **Confidencialidad:** los datos han sido codificados y no se recogerá información que permita identificar directamente a los participantes. Y el **Respeto a la dignidad:** se evitó cualquier tipo de presión, discriminación o daño durante el proceso de recolección de datos.

Los instrumentos de investigación fueron aplicados a los pacientes del servicio “sujetos de estudio”, quienes previamente firmaron la hoja de consentimiento informado. Además, se garantizó el cumplimiento del procedimiento de validación y confiabilidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo

El presente estudio de investigación se concretó en el HFMS, situado en la provincia y distrito de Tarma, teniendo como espacio específico el consultorio externo de ITS situado en el segundo piso del hospital. Este servicio está bajo la responsabilidad de la Mg. Nélide Amaro, quien coordina y supervisa las actividades desarrolladas en dicho consultorio.

El personal asignado está conformado por tres obstetras que cumplen turnos previamente establecidos, lo que garantiza la atención continua durante toda la semana. El horario de atención es de lunes a domingo, desde las siete de la mañana hasta las siete de la noche, los pacientes puedan acudir sin restricciones de tiempo. La población atendida abarcó a todos los ciudadanos que lo requieran, tanto asegurados de EsSalud como no asegurados atendidos por el MINSA, así como pacientes con diagnóstico positivo de VIH/SIDA provenientes de cualquier servicio hospitalario.

Todos los medicamentos recetados o asignados son entregados de manera gratuita, eliminando barreras económicas y favoreciendo la aceptación del tratamiento.

Además, se realiza un monitoreo constante a través de llamadas telefónicas y redes sociales, principalmente mediante WhatsApp, lo que fortalece la adherencia y el vínculo con los pacientes.

El consultorio coordina con diferentes centros de salud de la región para asegurar la atención integral de los pacientes, tanto en diagnóstico como en tratamiento, bajo la dirección general del HFMS.

Durante el trabajo de campo se evidenció que la amplitud del horario de atención y la cobertura diaria constituyen factores clave para la accesibilidad, la gratuidad de los medicamentos representa un incentivo directo para la aceptación del tratamiento, el monitoreo remoto mediante llamadas y WhatsApp es una estrategia innovadora que refuerza la adherencia, y la coordinación interinstitucional asegura que los pacientes reciban atención integral y continua en diferentes niveles de salud.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

a. Resultados para el objetivo general:

Tabla 2 *La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Del Tratamiento En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020 – 2024*

Aceptación del tratamiento	Adherencia media		Adherencia alta		Total	
	f	%	f	%	f	%
Media	6	20,7	0	0,0	6	20,7
Alta	19	65,5	4	13,8	23	79,3
Total	25	86,2	4	13,8	29	100.0

Fuente: Elaboración propia - Base de datos del Anexo

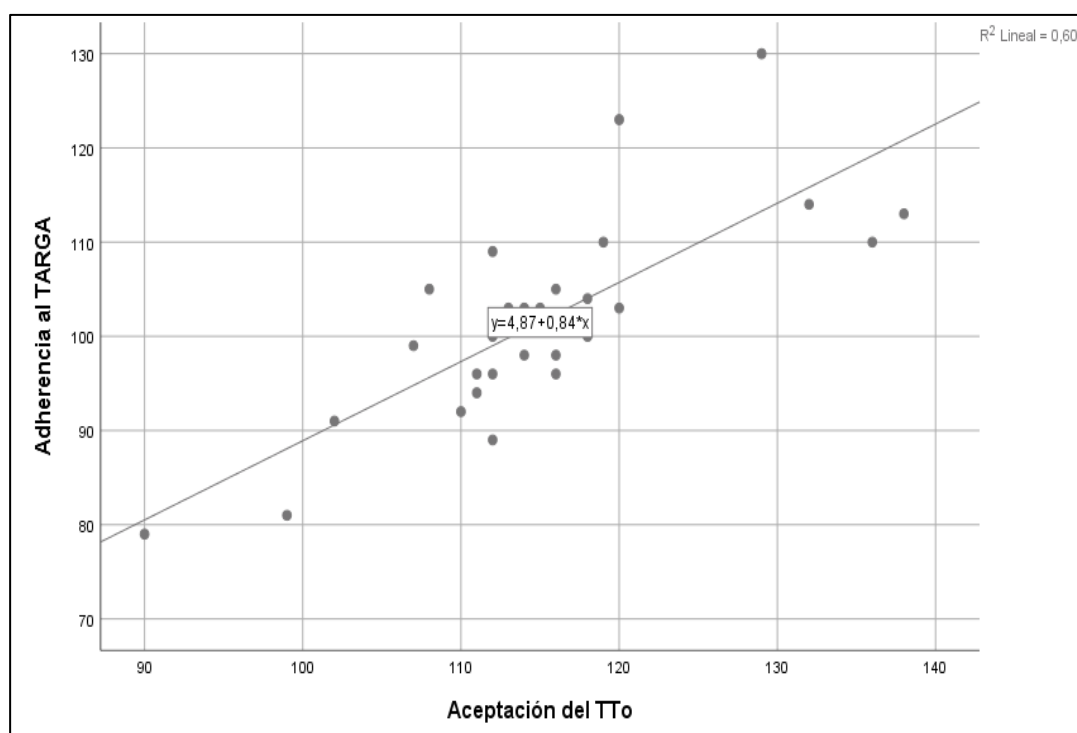
Análisis interpretativo

En la Tabla 2 se observa que la mayoría de los pacientes presenta alta aceptación del tratamiento (79,3%; 23 de 29). Sin embargo, dicha aceptación no se refleja de manera proporcional en la adherencia al TARGA, dado que la adherencia alta se registra únicamente en 13,8% de la muestra (4 de 29), mientras que predomina la adherencia media (86,2%; 25 de 29).

Asimismo, dentro del grupo con alta aceptación, solo 4 de 23 pacientes (17,4%) alcanzan una adherencia alta, y 19 de 23 (82,6%) mantienen adherencia media. En el grupo con aceptación media, ningún paciente presenta adherencia alta (0 de 6).

Estos resultados sugieren que la aceptación del tratamiento constituye un componente relevante, pero no **suficiente** para asegurar una adherencia óptima. En consecuencia, se evidencia la necesidad de **intervenciones complementarias** orientadas a otros factores que influyen en la adherencia terapéutica (p. ej., barreras de acceso, efectos adversos, apoyo psicosocial, salud mental, consumo de sustancias, estigma, comprensión del esquema terapéutico y seguimiento clínico), dado que la conducta de adherencia permanece mayoritariamente en un nivel medio pese a la actitud favorable hacia el **tratamiento**.

Gráfico 1 Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Del Tratamiento En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020 – 2024



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3 Coeficiente de correlación y su dirección

Coeficiente de correlación	$r = 0,759$
Dirección de la relación	Positiva

El Gráfico 1 evidencia una relación directa (positiva) entre la aceptación del tratamiento y la adherencia al. El coeficiente de correlación reportado ($r = 0,759$) indica una asociación positiva de magnitud alta, es decir, a mayores niveles de aceptación tienden a observarse mayores niveles de adherencia en la muestra evaluada.

La concentración de los puntos alrededor de la línea de tendencia refuerza la consistencia del patrón observado, sugiriendo que el incremento en la aceptación se acompaña, en general, de un incremento en la adherencia.

No obstante, aunque la asociación es elevada, el gráfico también permite inferir

que la relación no es perfecta, por lo que pueden existir pacientes con buena aceptación que aún presenten niveles de adherencia no óptimos. En ese sentido, el hallazgo respalda que la aceptación constituye un factor importante en la adherencia, pero no actúa de manera exclusiva, y su efecto puede verse influenciado por otras condiciones clínicas, personales y contextuales.

b. Resultados para el objetivo específico 1

Tabla 4 *La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Emocional En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024.*

Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad	Aceptación emocional media		Aceptación Emocional alta		Total	
	f	%	f	%	f	%
Medio	19	65,5	2	6,9	21	72,4
Alto	6	20,7	2	6,9	8	27,6
Total	25	86,2	4	13,8	29	100.0

Fuente: Elaboración propia – Base de datos del Anexo

Análisis interpretativo:

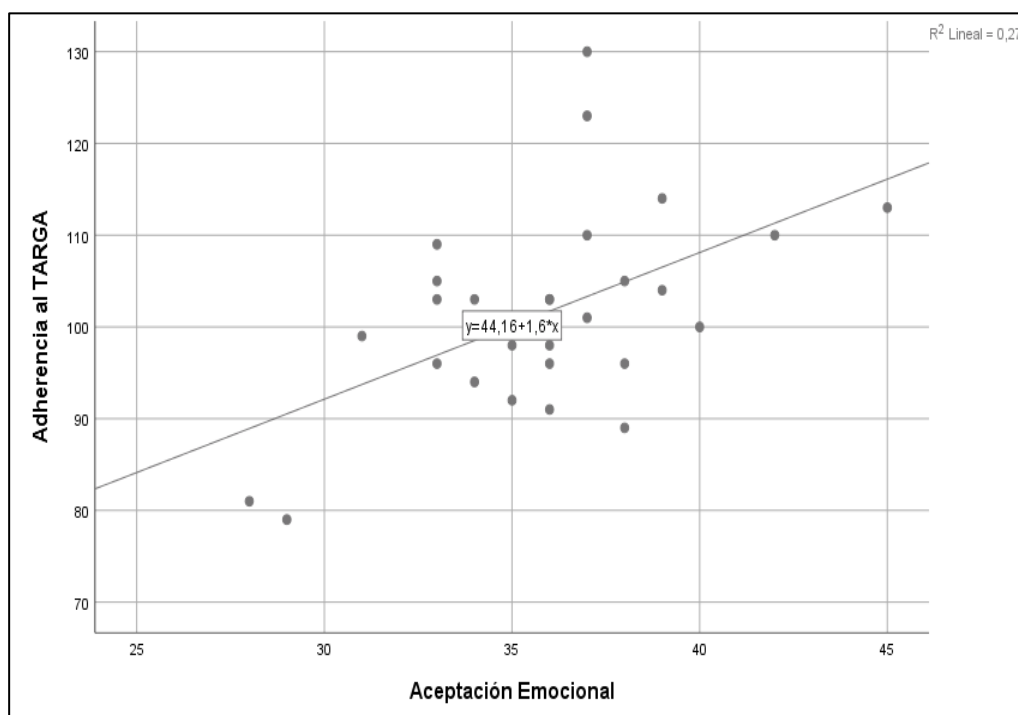
La Tabla 4 muestra que predomina la **aceptación emocional media** en los pacientes evaluados (86,2%; 25 de 29), mientras que la **aceptación emocional alta** se presenta en una proporción reducida (13,8%; 4 de 29). En cuanto a la adherencia, la mayoría presenta **adherencia media** (72,4%; 21 de 29) y poco más de una cuarta parte **adherencia alta** (27,6%; 8 de 29).

Al analizar la distribución conjunta, se identifica que dentro del grupo con **adherencia alta** (n = 8), **6 pacientes (75,0%)** exhiben **aceptación emocional media** y solo **2 (25,0%)** presentan **aceptación emocional alta**. Del mismo modo, en el grupo con **adherencia media** (n = 21), la mayor parte también corresponde a **aceptación emocional media** (19 de 21; 90,5%).

Estos hallazgos sugieren que, en esta muestra, la **aceptación emocional alta no es un rasgo frecuente y no se concentra de manera predominante** en quienes presentan adherencia alta. En términos prácticos, la adherencia elevada parece alcanzarse en varios pacientes **aun cuando su aceptación emocional no es óptima**, lo cual podría estar relacionado con otros factores que sostienen la conducta terapéutica (p. ej., consejería, apoyo familiar, accesibilidad al servicio, supervisión clínica, motivación instrumental o percepción de beneficios del tratamiento).

En consecuencia, los resultados orientan a considerar que la aceptación emocional constituye un componente importante del bienestar del paciente, pero su presencia en nivel alto **no aparece como condición indispensable** para lograr adherencia alta en el periodo 2020–2024, por lo que se recomienda complementar el abordaje con estrategias psicosociales y clínicas integrales que fortalezcan tanto la regulación emocional como el mantenimiento de la adherencia.

Gráfico 2 *La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Emocional En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024.*



Fuente: elaboración propia

Tabla 5 *Coefficiente de correlación y su dirección*

Coefficiente de correlación	$r = 0,460$
Dirección de la relación	Positiva

El gráfico muestra una **relación directa (positiva)** entre la **aceptación emocional** y la **adherencia**. El coeficiente de correlación reportado ($r = 0,460$) indica una **asociación positiva de magnitud moderada**, lo que sugiere que, en términos generales, **a medida que aumenta la aceptación emocional, tiende a incrementarse la adherencia**, aunque el vínculo no es fuerte.

La dispersión observable de los puntos alrededor de la línea de tendencia sugiere que existe una tendencia ascendente, pero con **variabilidad considerable** entre pacientes. Esto implica que la aceptación emocional contribuye a explicar parte del comportamiento de adherencia, pero **no determina por sí sola** el nivel de cumplimiento terapéutico; en consecuencia, es esperable encontrar casos con aceptación emocional media y adherencia alta, así como casos con aceptación emocional alta y adherencia no necesariamente alta.

En síntesis, los resultados respaldan que la aceptación emocional se asocia con la adherencia, pero de manera **parcial**. Por ello, se recomienda interpretar el hallazgo en el marco de un enfoque multicausal, incorporando otros factores clínicos y psicosociales que también influyen en la adherencia (p. ej., efectos adversos, soporte social, barreras de acceso, salud mental, estigma y continuidad del acompañamiento sanitario)

c. Resultados para el objetivo específico 2

Tabla 6 *La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Cognitiva En pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024.*

Adherencia Al Tratamiento	Aceptación cognitiva media		Aceptación cognitiva alta		Total	
	f	%	f	%	f	%
Antirretroviral De Gran Actividad						
Medio	4	13,8	0	0,0	4	13,8
Alto	21	72,4	4	13,8	25	86,2
Total	25	86,2	4	13,8	29	100.0

Fuente: Elaboración propia - Base de datos del Anexo

Análisis interpretativo

La Tabla 6 evidencia un patrón diferente al observado en tablas previas. En primer lugar, se identifica un predominio de **adherencia alta** (86,2%; 25 de 29), lo cual constituye un resultado favorable para el control terapéutico.

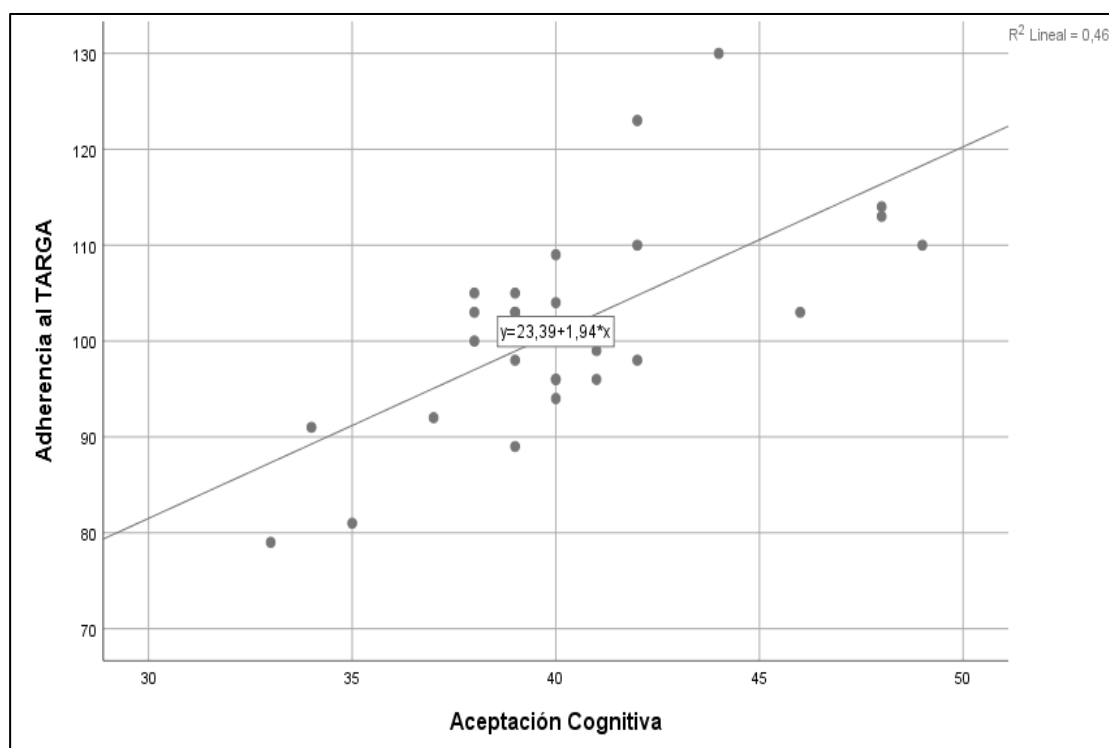
Paralelamente, la **aceptación cognitiva** se concentra mayoritariamente en el nivel medio (86,2%; 25 de 29), mientras que la **aceptación cognitiva alta** se presenta en una proporción menor (13,8%; 4 de 29).

En la distribución conjunta, destaca que **la totalidad de los pacientes con aceptación cognitiva alta (4 de 4; 100%)** presenta **adherencia alta**. Asimismo, dentro del grupo con adherencia alta (n = 25), **21 pacientes (84,0%)** tienen aceptación cognitiva media y **4 (16,0%)** aceptación cognitiva alta.

En contraste, en el grupo con **adherencia media** (n = 4) no se registran casos con aceptación cognitiva alta (0%), lo que sugiere que niveles superiores de aceptación cognitiva **no aparecen vinculados** a adherencias inferiores en esta muestra.

En términos interpretativos, los resultados son consistentes con la idea de que una mayor aceptación cognitiva —entendida como mejor comprensión, valoración racional y procesamiento de la enfermedad y su tratamiento— **podría asociarse** con un mejor cumplimiento terapéutico. Sin embargo, debido a que el número de casos con aceptación cognitiva alta es reducido ($n = 4$), la interpretación debe asumirse con cautela y como una **tendencia observada** en el periodo 2020–2024, recomendándose complementar con análisis estadísticos (p. ej., prueba de asociación para variables categóricas o correlación según el tipo de escala) para sustentar la fuerza de dicha relación.

Gráfico 3 *La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Cognitiva En pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024.*



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7 *Coeficiente de correlación y su dirección*

Coeficiente de correlación	$r = 0,613$
Dirección de relación	Positiva

El Gráfico 3 muestra una **relación directa (positiva)** entre la **aceptación cognitiva** y la **adherencia**. El coeficiente de correlación reportado (**$r = 0,613$**) indica una **asociación positiva de magnitud moderada a alta**, lo que sugiere que, en la muestra analizada, **a mayores niveles de aceptación cognitiva tienden a corresponder mayores niveles de adherencia**.

La disposición de los puntos en torno a la línea de tendencia evidencia un patrón ascendente relativamente consistente, aunque con cierta dispersión. Esto implica que la aceptación cognitiva se relaciona de forma importante con la adherencia, pero **no explica completamente** el comportamiento terapéutico, dado que pueden presentarse variaciones individuales influenciadas por otros factores clínicos y psicosociales.

En términos sustantivos, el hallazgo es congruente con la interpretación de que una mejor comprensión y procesamiento racional de la enfermedad y del tratamiento, expresada en una mayor aceptación cognitiva— **se asocia** con un mayor cumplimiento del esquema antirretroviral en el periodo 2020–2024.

d. Resultados para el objetivo específico 3

Tabla 8 *La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Conductual En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024.*

Adherencia Al	Aceptación		Aceptación			
Tratamiento	conductual		conductual		Total	
Antirretroviral De	media		alta			
Gran Actividad	f	%	f	%	f	%
Medio	8	27,6	0	0,0	8	27,6
Alto	17	58,6	4	13,8	21	72,4
Total	25	86,2	4	13,8	29	100.0

Fuente: Elaboración propia

Análisis interpretativo

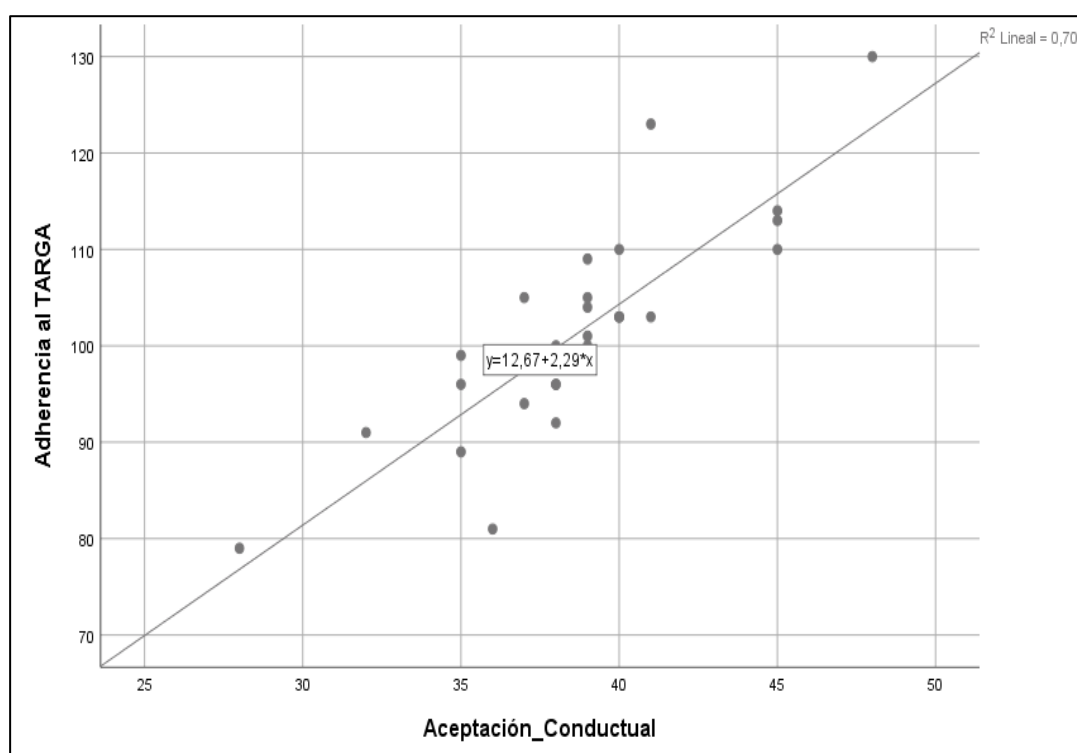
La Tabla 8 evidencia que la mayoría de los pacientes presenta **adherencia** (72,4%; 21 de 29), lo que representa un resultado clínicamente favorable. En relación con la **aceptación conductual**, predomina el nivel **medio** (86,2%; 25 de 29), mientras que la **aceptación conductual alta** se observa en una proporción reducida (13,8%; 4 de 29).

Al examinar la distribución conjunta, se aprecia que **los 4 pacientes con aceptación conductual alta** se ubican exclusivamente en el grupo de **adherencia alta** (4 de 21; 19,0%). En contraste, en el grupo con **adherencia media** (n = 8) no se registran casos con aceptación conductual alta (0%), concentrándose completamente en aceptación conductual media (8 de 8; 100%).

Estos hallazgos sugieren una **tendencia positiva**: niveles superiores de aceptación conductual —expresados en prácticas y comportamientos favorables hacia el tratamiento (p. ej., rutinas de toma, organización, cumplimiento de indicaciones)— se observan únicamente entre quienes presentan adherencia alta. No obstante, también

se evidencia que una parte importante de pacientes con adherencia alta mantiene aceptación conductual en nivel medio (17 de 21; 81,0%), lo que indica que la adherencia elevada puede sostenerse aun sin alcanzar niveles conductuales máximos, posiblemente por la influencia de otros factores (acompañamiento sanitario, apoyo familiar, disponibilidad de fármacos, recordatorios, entre otros).

Gráfico 4 *La Adherencia Al Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad Y La Aceptación Conductual En Pacientes VIH/SIDA Del HFMS 2020- 2024*



Fuente: elaboración propia

Tabla 9 *Coefficiente de correlación y su dirección*

Coefficiente de correlación	$r = 0,840$
Dirección de relación	Positiva

El Gráfico 4 evidencia una **relación directa (positiva)** entre la **aceptación conductual** y la **adherencia**. El coeficiente de correlación ($r = 0,840$) indica una **asociación positiva alta**, lo que sugiere que, en la muestra estudiada, **a mayores**

niveles de aceptación conductual tienden a presentarse mayores niveles de adherencia.

La cercanía de los puntos a la línea de tendencia refleja un patrón relativamente consistente, compatible con la idea de que la dimensión conductual (hábitos, conductas de autocuidado y cumplimiento) guarda una relación estrecha con el nivel de adherencia observado. En términos interpretativos, este resultado respalda que fortalecer conductas concretas vinculadas al tratamiento podría asociarse con mejores niveles de adherencia en el periodo 2020–2024.

4.3. Prueba de hipótesis

a. Prueba de la hipótesis general

1. Formulación de hipótesis

- **H₀ (hipótesis nula):** No existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS, 2020–2024.
- **H₁ (hipótesis alterna):** Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS, 2020–2024.

2. Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05 = 5\%$$

3. Prueba estadística empleada

Rho de Spearman, adecuada para variables ordinales o medidas por categorías (niveles).

Tabla 10 *Correlación del objetivo General*

Correlaciones				
			Adherencia al TARGA	Aceptación del TTo
Rho de Spearman	Adherencia al TARGA	Coeficiente de correlación	1,000	,759**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	29	29
	Aceptación del TTo	Coeficiente de correlación	,759**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	29	29

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

4. Resultados

- **Coeficiente de correlación (ρ):** 0,759
- **Valor de significancia (p , bilateral):** 0,000 (en términos de reporte, $p < 0,001$)
- **Tamaño muestral:** $n = 29$
- La correlación es significativa al **0,01** (bilateral).

5. Regla de decisión

- Si $p < \alpha$, se rechaza H_0 .
- Si $p \geq \alpha$, no se rechaza H_0 .

6. Decisión

Dado que el valor de significancia es $p < 0,001$, y por tanto $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1).

7. Conclusión

Con un **95% de confianza**, se concluye que **existe una relación estadísticamente significativa y positiva** entre la **aceptación del tratamiento** y la **adherencia al TARGA** en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el

HFMS durante 2020–2024 ($\rho = 0,759$; $p < 0,001$; $n = 29$). La magnitud del coeficiente sugiere una **asociación alta**, lo cual es coherente con el patrón observado en el gráfico (tendencia ascendente).

No obstante, los resultados descriptivos de la tabla indican que, aunque predomina la **alta aceptación** del tratamiento, ello **no se traduce necesariamente en adherencia alta** en todos los casos; por consiguiente, la aceptación se comporta como un factor asociado relevante, pero **no exclusivo**, en la explicación del comportamiento de adherencia.

Nota técnica de redacción: en informes académicos se recomienda reportar “ $p < 0,001$ ” en lugar de “ $p = 0,000$ ”, ya que el valor no es literalmente cero, sino menor al umbral de redondeo del software.

b. Prueba de hipótesis del objetivo específico 1

1. Formulación de hipótesis

- **H₀ (hipótesis nula):** No existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación emocional en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS, 2020–2024.
- **H₁ (hipótesis alterna):** Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación emocional en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS, 2020–2024.

2. Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05 \quad 5\%$$

3. Prueba estadística empleada

Rho de Spearman, adecuada para variables ordinales o medidas por categorías (niveles).

Tabla 11 *Correlación del objetivo específico 1*

Correlaciones			Adherencia al	Aceptación
			TARGA	Emocional
Rho de Spearman	Adherencia al TARGA	Coeficiente de correlación	1,000	,460*
		Sig. (bilateral)	.	,012
		N	29	29
	Aceptación Emocional	Coeficiente de correlación	,460*	1,000
		Sig. (bilateral)	,012	.
		N	29	29

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

4. Resultados

- **Coeficiente de correlación (ρ):** 0,460
- **Valor de significancia (p , bilateral):** 0,012 (en términos de reporte, $p < 0,001$)
- **Tamaño muestral:** $n = 29$
- La correlación es significativa al **0,01** (bilateral),

5. Regla de decisión

- Si $p < \alpha$, se rechaza H_0 .
- Si $p \geq \alpha$, no se rechaza H_0 .

6. Decisión

Dado que el valor de significancia es $p < 0,001$, y por tanto $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1).

7. Conclusión

Con un **95% de confianza**, se concluye que **existe una relación estadísticamente significativa y positiva** entre la **aceptación emocional** y la

adherencia al TARGA en **pacientes** con VIH/SIDA atendidos en el HFMS durante 2020–2024 ($p = 0,460$; $p < 0,001$; $n = 29$). La magnitud del coeficiente sugiere una **asociación alta**, lo cual es coherente con el patrón observado en el gráfico (tendencia ascendente).

No **obstante**, los resultados descriptivos de la tabla indican que, aunque predomina la **alta aceptación** del tratamiento, ello **no se traduce necesariamente** en **adherencia alta** en todos los casos; por consiguiente, la aceptación se comporta como un factor asociado relevante, pero **no exclusivo**, en la explicación del comportamiento de adherencia.

Nota técnica de redacción: en informes **académicos** se recomienda reportar “ **$p < 0,001$** ” en lugar de “ $p = 0,000$ ”, ya que el valor no es literalmente cero, sino menor al umbral de redondeo del software.

c. Prueba de hipótesis del objetivo específico 2

1. Formulación de hipótesis

- **H_0 (hipótesis nula):** No existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación cognitiva en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS (HFMS), 2020–2024.
- **H_1 (hipótesis alterna):** Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación cognitiva en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS, 2020–2024.

2. Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05 = 5\%$$

3. Prueba estadística utilizada

Rho **de Spearman**, pertinente cuando las variables se expresan en niveles/categorías ordinales.

Tabla 12 *Correlación del objetivo específico 2*

Correlaciones					Adherencia al	Aceptación
					TARGA	Cognitiva
Rho	de Adherencia al	Coeficiente de			1,000	,613**
Spearman	TARGA	correlación				
		Sig. (bilateral)			.	,000
		N			29	29
	Aceptación	Coeficiente de			,613**	1,000
	Cognitiva	correlación				
		Sig. (bilateral)			,000	.
		N			29	29

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

4. Resultados del análisis

- **Coeficiente de correlación (ρ): 0,613**
- **Significancia (p , bilateral): 0,000 (reporte del software; en términos académicos, $p < 0,001$)**
- **La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).**

5. Regla de decisión

- Si $p < \alpha$, se rechaza H_0 .
- Si $p \geq \alpha$, no se rechaza H_0 .

6. Decisión

Dado que $p < 0,001$ y, por tanto, $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1).

7. Conclusión

Con un **95% de confianza**, se concluye que **existe una relación estadísticamente significativa, positiva y de magnitud moderada a alta** entre la **aceptación cognitiva** y la **adherencia al TARGA** en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS durante 2020–2024 ($\rho = 0,613$; $p < 0,001$;

n = 29).

Este resultado es consistente con el gráfico, donde se aprecia una tendencia ascendente, y con la tabla, que muestra que **todos los pacientes con aceptación cognitiva alta presentan adherencia alta**. En términos interpretativos, el hallazgo sugiere que un mayor nivel de comprensión y procesamiento racional del tratamiento se asocia con mejores niveles de adherencia; no obstante, al tratarse de un análisis correlacional, la evidencia permite afirmar **asociación** entre variables, mas no establecer causalidad directa.

Nota técnica de reporte: es preferible consignar el valor como **p < 0,001** en lugar de “p = 0,000”, dado que el software redondea a tres decimales.

d. Prueba de hipótesis del objetivo específico 3

1. Formulación de hipótesis

- **H₀ (hipótesis nula):** No existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación conductual en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS, 2020–2024.
- **H₁ (hipótesis alterna):** Existe relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación conductual en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS, 2020–2024.

2. Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05 = 5\%$$

3. Prueba estadística utilizada

Rho de Spearman, pertinente cuando las variables se expresan en niveles/categorías ordinales.

Tabla 13 *Correlación del objetivo específico 3*

Correlaciones				Adherencia al TARGA	Aceptación Conductual
Rho Spearman	de Adherencia al TARGA	Coeficiente de correlación		1,000	,840**
		Sig. (bilateral)		.	,000
		N		29	29
	Aceptación_ Conductual	Coeficiente de correlación		,840**	1,000
		Sig. (bilateral)		,000	.
		N		29	29

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

4. Resultados del análisis

- **Coeficiente de correlación (ρ):** 0,840
- **Significancia (p , bilateral):** 0,000 (reporte del software; en términos académicos, $p < 0,001$)
- **La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).**

5. Regla de decisión

- Si $p < \alpha$, se rechaza H_0 .
- Si $p \geq \alpha$, no se rechaza H_0 .

6. Decisión

Dado que $p < 0,001$ y, por consiguiente, $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H_1)

7. Conclusión

Con un **95% de confianza**, se concluye que **existe una relación estadísticamente significativa, positiva y de magnitud alta** entre la **aceptación conductual** y la **adherencia al TARGA** en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS durante 2020–2024 ($\rho = 0,840$; $p < 0,001$;

n = 29).

Este resultado es coherente con el patrón observado en la tabla, donde la **aceptación conductual alta** aparece únicamente en pacientes con **adherencia alta**, y con el gráfico, que muestra una tendencia ascendente marcada. En términos interpretativos, el hallazgo sugiere que la dimensión conductual (rutinas, cumplimiento de indicaciones y conductas de autocuidado relacionadas con el tratamiento) se asocia estrechamente con niveles superiores de adherencia; sin embargo, al tratarse de un análisis correlacional, corresponde afirmar **asociación** y no causalidad.

Nota técnica de reporte: se recomienda informar el valor como **$p < 0,001$** en lugar de “ $p = 0,000$ ”, debido al redondeo del software estadístico.

4.4. Discusión de resultados

1. Discusión 1. Relación entre adherencia al TARGA y aceptación del tratamiento (Hipótesis general)

En la evaluación de la relación entre la **adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)** y la **aceptación del tratamiento** en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS durante 2020–2024, la prueba de correlación de Spearman evidenció una asociación **positiva y estadísticamente significativa** ($p = 0,759$; $p < 0,001$; $\alpha = 0,05$; $n = 29$). En consecuencia, se **rechazó H_0** y se **aceptó H_1** , concluyéndose con **95% de confianza** que existe relación significativa entre ambas variables.

Desde el punto de vista interpretativo, el resultado sugiere que **a mayores niveles de aceptación del tratamiento tienden a observarse mayores niveles de adherencia**. No obstante, el análisis descriptivo (tabla) mostró que, aunque predomina la **alta aceptación** (79,3%), esta **no se traduce automáticamente** en

adherencia alta (13,8%). En otras palabras, la aceptación se comporta como un **factor asociado relevante**, pero **no suficiente por sí mismo** para explicar el cumplimiento terapéutico, lo que es coherente con la necesidad de considerar determinantes adicionales (barreras de acceso, efectos adversos, apoyo social, estigma, salud mental, entre otros).

Estos hallazgos se articulan con planteamientos de estudios que proponen abordar la adherencia desde una perspectiva integral, incorporando componentes educativos y de soporte psicosocial en el seguimiento (por ejemplo, lo señalado por **Reyes et al., 2022**, citado por el documento). En términos aplicados, los resultados respaldan que fortalecer la aceptación del tratamiento —como actitud global frente al esquema terapéutico— debe integrarse con intervenciones clínicas y psicosociales que reduzcan barreras y sostengan conductas adherentes a largo plazo.

Como consideraciones metodológicas, el diseño transversal limita inferencias causales (la evidencia corresponde a **asociación**, no a causalidad) y el estudio en un solo establecimiento restringe la generalización. Adicionalmente, si las variables provienen de autoinforme, puede existir sesgo de deseabilidad social. Aun así, el hallazgo ofrece implicancias prácticas claras: promover aceptación temprana, comunicación terapéutica efectiva y consejería estructurada podría contribuir a mejorar resultados de adherencia y, por extensión, indicadores clínicos.

2. Discusión 2. Relación entre adherencia al TARGA y aceptación emocional (Objetivo específico 1)

En la relación entre la **adherencia al TARGA** y la **aceptación emocional**, se obtuvo una correlación de Spearman **positiva, estadísticamente significativa y de magnitud moderada** ($\rho = 0,460$; $p = 0,012$; $\alpha = 0,05$; $n = 29$). Por tanto, se

rechazó H0 y se **aceptó H1**, concluyéndose con 95% de confianza que existe relación significativa entre ambas variables.

La magnitud moderada del coeficiente indica que la aceptación emocional se asocia con la adherencia, pero lo hace de forma **parcial**. Esto es consistente con los resultados descriptivos: la **aceptación emocional alta** fue poco frecuente (13,8%) y la **adherencia alta** se observó incluso con aceptación emocional predominantemente media, lo que sugiere que algunos pacientes cumplen el tratamiento aun sin una plena elaboración emocional del diagnóstico o del proceso terapéutico.

En términos clínicos y de salud pública, el hallazgo es congruente con recomendaciones que reconocen que la adherencia sostenida se ve influida por dimensiones personales y psicosociales, además de factores estructurales (por ejemplo, directrices y orientaciones técnicas recogidas en documentos de la **OMS, 2021**, citada en el texto). En consecuencia, la aceptación emocional debe considerarse un componente relevante del abordaje integral: la atención psicológica, la consejería y el fortalecimiento de redes de apoyo pueden contribuir a sostener la adherencia en el tiempo.

Como limitaciones, persisten las propias del diseño transversal y del posible autoinforme. En futuras investigaciones, sería pertinente explorar trayectorias temporales (diseños longitudinales) y complementar con técnicas cualitativas para comprender con mayor profundidad cómo el afrontamiento emocional se vincula con el cumplimiento terapéutico cotidiano.

3. Discusión 3: Relación entre adherencia al TARGA y aceptación cognitiva (Objetivo específico 2)

Respecto a la **aceptación cognitiva**, la correlación de Spearman mostró una

asociación **positiva, estadísticamente significativa y de magnitud moderada a alta** ($\rho = 0,613$; $p < 0,001$; $\alpha = 0,05$; $n = 29$). En consecuencia, se **rechazó H0** y se **aceptó H1**, confirmándose con 95% de confianza la existencia de relación significativa entre adherencia y aceptación cognitiva.

La aceptación cognitiva —comprensión racional del diagnóstico, reconocimiento de la necesidad del tratamiento y valoración de sus beneficios— se vinculó con una mayor adherencia. Este resultado se refuerza con el patrón de la tabla: la totalidad de pacientes con **aceptación cognitiva alta** presentó **adherencia alta**, y no se observaron casos de aceptación cognitiva alta con adherencia media. Ello sugiere que el componente cognitivo (comprensión, convencimiento, procesamiento de información sanitaria y del régimen terapéutico) se asocia con un mayor compromiso terapéutico.

Sin embargo, la interpretación debe mantener prudencia por dos razones: (a) el grupo con aceptación cognitiva alta fue pequeño ($n = 4$), lo que limita extrapolaciones, y (b) el análisis correlacional no establece causalidad. Pese a ello, los hallazgos respaldan la relevancia de intervenciones educativas y de comunicación clínica centradas en alfabetización en salud, aclaración de dudas, reforzamiento del propósito del TARGA y acompañamiento en la toma de decisiones informadas, como parte del manejo integral.

4. Discusión 4. Relación entre adherencia al TARGA y aceptación conductual (Objetivo específico 3)

En el análisis de la **aceptación conductual**, la correlación de Spearman evidenció una asociación **positiva, estadísticamente significativa y alta** ($\rho = 0,840$; $p < 0,001$; $\alpha = 0,05$; $n = 29$). Por ello, se **rechazó H0** y se **aceptó H1**, concluyéndose con 95% de confianza que existe relación significativa entre adherencia y

aceptación conductual.

Este hallazgo presenta coherencia interna con el patrón descriptivo: la **aceptación conductual alta** se observó únicamente en el grupo con **adherencia alta**, lo que es compatible con la naturaleza del constructo conductual (rutinas de toma, asistencia a controles, manejo de recordatorios, estrategias de afrontamiento práctico ante efectos adversos, autocuidado). En términos interpretativos, la fuerte magnitud de la asociación sugiere que las conductas concretas vinculadas al tratamiento guardan una relación estrecha con el nivel de adherencia observado.

Lo anterior es congruente con investigaciones que destacan el peso de factores conductuales y sociales en la continuidad del tratamiento y recomiendan intervenciones educativas y comunitarias para fortalecer hábitos y autocuidado (por ejemplo, lo reportado por **Leyva-Moral et al., 2019**, citado en el texto). En la práctica, este resultado respalda la implementación de estrategias conductuales: planificación de rutinas, recordatorios, establecimiento de metas, seguimiento activo, apoyo entre pares y abordaje de barreras contextuales.

Las limitaciones continúan siendo el diseño transversal, el posible sesgo de autoinforme y la restricción a un solo centro. Se sugiere que futuras investigaciones incorporen enfoques mixtos para comprender no solo la frecuencia de conductas adherentes, sino también las motivaciones, barreras y condiciones del entorno que sostienen o deterioran dichas conductas

CONCLUSIONES

1. Los resultados del estudio permiten concluir que existe una asociación estadísticamente significativa y positiva entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el HFMS durante 2020–2024 ($\rho = 0,759$; $p < 0,001$). En consecuencia, la adherencia terapéutica se relaciona de manera relevante con la disposición del paciente hacia el tratamiento, además de otros determinantes clínicos y contextuales.
2. Respecto al componente emocional, se concluye que la aceptación emocional se asocia de forma significativa y positiva, con magnitud moderada, con la adherencia al TARGA ($\rho = 0,460$; $p = 0,012$). Este hallazgo sugiere que el procesamiento emocional del diagnóstico y del tratamiento se vincula con el cumplimiento terapéutico; sin embargo, su influencia es parcial, dado que se observó adherencia alta incluso con aceptación emocional predominantemente media.
3. En relación con el componente cognitivo, se concluye que la aceptación cognitiva presenta una asociación significativa, positiva y moderada a alta con la adherencia al TARGA ($\rho = 0,613$; $p < 0,001$). En términos prácticos, una mejor comprensión del diagnóstico y del propósito del tratamiento se relaciona con mayor compromiso terapéutico, aunque no se infiere causalidad por el diseño del estudio.
4. En cuanto al componente conductual, se concluye que la aceptación conductual es la dimensión que muestra la asociación más alta con la adherencia al TARGA ($\rho = 0,840$; $p < 0,001$). Esto indica que las conductas concretas vinculadas al tratamiento (rutinas, organización, cumplimiento de indicaciones y autocuidado) guardan una relación estrecha con niveles superiores de adherencia.
5. De manera global, se concluye que los hallazgos respaldan un enfoque de atención integral: la adherencia al TARGA se relaciona con dimensiones psicológicas y

conductuales (emocional, cognitiva y conductual) que deben abordarse de forma articulada. No obstante, por tratarse de un estudio transversal, las conclusiones deben interpretarse como relaciones de asociación y no como efectos causales.

RECOMENDACIONES

1. Para la práctica clínica y comunitaria:

- Fortalecer el abordaje psicoemocional en la atención de personas con VIH/SIDA mediante consejería, tamizaje de salud mental, intervención breve y derivación oportuna a psicología/psiquiatría, con especial énfasis desde el diagnóstico y durante cambios de esquema terapéutico.
- Implementar educación terapéutica estructurada y personalizada, orientada a mejorar la aceptación cognitiva: explicación clara del TARGA, beneficios, riesgos de la no adherencia, manejo de efectos adversos y resolución de dudas; adaptada al nivel de alfabetización en salud y al contexto sociocultural.
- Desarrollar estrategias de apoyo conductual para consolidar hábitos adherentes: recordatorios (alarmas, pastilleros), planificación de rutinas, seguimiento por llamadas/mensajería, establecimiento de metas, monitoreo individual y reforzamiento positivo, priorizando a pacientes con adherencia media.
- Capacitar al personal de salud en comunicación centrada en el paciente, entrevista motivacional y reducción del estigma, fortaleciendo la relación terapéutica y la continuidad del seguimiento, dado su rol en la adherencia sostenida.

2. Para la gestión en salud pública:

- Consolidar programas integrales de adherencia que no se limiten a la entrega de medicamentos, sino que incorporen componentes psicosociales y educativos de manera sistemática (rutas de consejería, grupos de pares, apoyo familiar cuando corresponda).
- Reducir barreras de acceso y continuidad (tiempos de espera, disponibilidad de fármacos, coordinación de citas, seguimiento de inasistencias), porque estos factores pueden debilitar la adherencia incluso cuando existe aceptación del

tratamiento.

3. Para futuras investigaciones:

- Realizar estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución de la aceptación (en sus componentes) y la adherencia a lo largo del tiempo, así como identificar factores mediadores/moderadores (p. ej., apoyo social, estigma, depresión, consumo de sustancias).
- Incorporar enfoques mixtos (cuantitativo–cualitativo) para profundizar en experiencias, barreras y facilitadores cotidianos de la adherencia, y para comprender por qué algunos pacientes mantienen adherencia alta aun con aceptación emocional o conductual en nivel medio.
- Ampliar el tamaño muestral y la diversidad de escenarios (otros establecimientos o regiones) con el fin de mejorar la validez externa y comparar perfiles de adherencia y aceptación en distintos contextos de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Woldesellassie M. B, Chalmers L, Bereznicki LR, Peterson GM. Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure: A Meta-Analysis. *Medicine* (Baltimore). abril de 2016;95(15):e3361.
- People Living with HIV Stigma Index [Internet]. [citado 6 de junio de 2025]. People Living with HIV Stigma Index. Disponible en: <https://www.stigmaindex.org/>
- Organización Mundial de la Salud. Directrices consolidadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. 2.^a. Organización Mundial de la Salud; 2016.
- Granada AM, Vanegas C, Forero E, Silva C, Vergara EP, Granada AM, et al. Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con VIH SIDA en un hospital de tercer nivel. *Acta Medica Colombiana* [Internet]. marzo de 2018 [citado 27 de abril de 2025];43(1):31-6. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-24482018000100031&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Márquez CH, Cuenca MRC, González CVA, Verdugo RM. Influencia de las creencias hacia los medicamentos en la adherencia al tratamiento concomitante en pacientes VIH+. *Farmacia Hospitalaria* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 7 de junio de 2025];39(1):23-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130634323006451>
- Ministerio de Salud Perú. cdn.www.gob.pe. [citado 7 de junio de 2025]. Un Paso Adelante en la Lucha Contra el SIDA: Dos Primeros Años de Acceso Universal al Tratamiento Antirretroviral en el Perú. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Un+paso+adelante+en+la+lucha+contra+el+sida+Minsa&rlz=1C1VDKB_esPE1114PE1114&oq=Un+paso+adelante+en+la+lucha+c

ontra+el+sida+Minsa&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQABjvBTIHCAIQABjvBTIKCAMQABiABBiiBDIHCAQQABjvBTIKCAUQABiiBBiJBdIBCTEyNDc2ajBqNKgCCLACAQ&sourceid=chrome&ie=UTF-8

SIDA STUDI [Internet]. [citado 7 de junio de 2025]. Cuidados domiciliarios para personas que viven con el VIH y sida: manual para voluntarios. SIDA STUDI. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb37468d1770174785a615b0086>

Dongil C, Gómez T, De la Torre A, Proy B. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH [Internet]. 2022 [citado 7 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-en-pacientes-vih/>

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la Investigación [Internet]. [citado 7 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=1.+hern%C3%A1ndez-sampieri+r%C3%A9n+fern%C3%A1ndez-collado+c%C3%A9n+baptista+p.+metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.&rlz=1C1VDKB_esPE1114PE1114&oq=&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCQgAECMYJxjqAjIJCAAQIxgnGOoCMgkIARAJGCcY6gIyCQgCECMYJxjqAjIJCAMQIxgnGOoCMgkIBBAJGCcY6gIyCQgFECMYJxjqAjIJCAYQIxgnGOoCMgkIBxJGCcY6gLSAQsxMzkxNTk1ajBqN6gCCLACAfEFSKS59HpfIXM&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Gob.pe. 2025 [citado 7 de junio de 2025]. Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis (DPVIH). Disponible en: <https://www.gob.pe/23137-ministerio-de-salud-direccion-de-prevencion-y-control-de-vih-sida-enfermedades-de-transmision-sexual-y-hepatitis-dpvih>

World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 7 de junio de 2025]. 429 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/208825>

Chirambo L, Valeta M, Banda Kamanga TM, Nyondo-Mipando AL. Factors influencing adherence to antiretroviral treatment among adults accessing care from private health facilities in Malawi. BMC Public Health [Internet]. 28 de octubre de 2019 [citado 7 de junio de 2025];19(1):1382. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7768-z>

ScienceDirect Topics [Internet]. [citado 7 de junio de 2025]. Health Belief Model - Modelo de Creencias Sobre la Salud. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/health-belief-model>

Tamayo y Tamayo M. El proceso de investigación científica [Internet]. Cuarta. México: Limusa S.A.; 2005 [citado 8 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=Tamayo+y+Tamayo+M.+El+proceso+de+investigaci%C3%B3n+cient%C3%ADfica.&rlz=1C1VDKB_esPE1114PE1114&oq=Tamayo+y+Tamayo+M.+El+proceso+de+investigaci%C3%B3n+cient%C3%ADfica.&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIICAEQABgIGB4yCggCEAAyGAQYogQyCggDEAAyGAQYogQyCggEEAAyGAQYogQyCggFEAAyGAQYogQyCggGEAAyGAQYogTSAQkxMDg4MmowajeoAgiwAgHxBeRnMgDMAOax&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice [Internet]. Lippincott Williams & Wilkins; 2010 [citado 8 de junio de 2025]. Disponible en:

https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=7GtP8VCw4BYC&oi=fnd&pg=PA219&dq=Polit+DF,+Beck+CT.+Fundamentals+of+Nursing+Research.&ots=ki_Fd5uF3X&sig=RvrTBZvLhj9wsDfKAf4_H-fwGgU

Creswell JW, Creswell JD. Diseño de Investigación: enfoques cualitativos, cuantitativos y mixtos [Internet]. Sexta edición. Vol. 1. Los Angeles: Sage Publications; 2017 [citado 1 de febrero de 2025]. 320 p. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/510378/mod_resource/content/1/creswell.pdf

Bezabhe WM, Chalmers L, Bereznicki LR, Peterson GM, Bimirew MA, Kassie DM. Barriers and Facilitators of Adherence to Antiretroviral Drug Therapy and Retention in Care among Adult HIV-Positive Patients: A Qualitative Study from Ethiopia. Thorne C, editor. PLoS ONE [Internet]. 14 de mayo de 2014 [citado 9 de junio de 2025];9(5):e97353. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0097353>

Krankowska DC, Lourida P, Quirke SM, Woode Owusu M, Weis N, EACS/WAVE Migrant Women Working Group. Barriers to HIV testing and possible interventions to improve access to HIV healthcare among migrants, with a focus on migrant women: Results from a European survey. HIV Medicine [Internet]. mayo de 2024 [citado 9 de junio de 2025];25(5):554-64. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hiv.13606>

Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Testing, Treatment, Service Delivery and Monitoring: Recommendations for a Public Health Approach. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.

Pérez Bastán JE, Viana Castaño LF, Pérez Bastán JE, Viana Castaño LF. Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/sida. Revista Cubana de Medicina Tropical [Internet]. agosto de 2020 [citado 10 de junio de

2025];72(2).

Disponible

en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0375-07602020000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Manríquez JM, Stuardo Ávila V. Adherencia a la TARV en VIH: la importancia del contexto socio-cultural implicado. Revista chilena de infectología [Internet]. junio de 2015 [citado 10 de junio de 2025];32(3):361-2. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0716-10182015000400018&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Leyva-Moral JM, Loayza-Enriquez BK, Palmieri PA, Guevara-Vasquez GM, Elias-Bravo UE, Edwards JE, et al. Adherence to antiretroviral therapy and the associated factors among people living with HIV/AIDS in Northern Peru: a cross-sectional study. AIDS Res Ther [Internet]. 28 de agosto de 2019 [citado 10 de junio de 2025];16(1):22. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12981-019-0238-y>

Barrera-Espinoza RW, Gómez-Gonzales WE, Girón-Vargas A, Arana-Escobar M, Nieva-Villegas LM, Gamarra-Bustillos C, et al. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. Horizonte Médico (Lima) [Internet]. octubre de 2021 [citado 6 de junio de 2025];21(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2021000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Polo R. Adherencia al tratamiento antirretroviral: Manual para agentes comunitarios de salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS) & COMISCA [Internet]. 2011;(1):26. Disponible en: <https://www.mcr-comisca.org/biblioteca-virtual/adherencia/568-adherencia-al-tratamiento-antirretroviral/file>

Organización Mundial de la Salud. IRIS Repositorio Institucional para Compartir Información. 2003 [citado 10 de junio de 2025]. Adherence to long-term therapies : evidence for

action. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42682>

Rosenstock. National Library of Medicine. [citado 10 de junio de 2025]. El modelo de creencias de salud para el cambio de comportamiento. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>

Icek A. Teoría del Comportamiento Planificado (TPB) [Internet]. 2024 [citado 10 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/teoria-del-comportamiento-planificado-tpb-de-icek-ajzen/>

ANEXOS

CUESTIONARIO N° 1

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD

(TARGA)

INTRODUCCIÓN

El presente instrumento pretende medir el nivel de Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes que son atendidos en el HFMS.

INSTRUCCIONES:

- Responda cada uno de las preguntas que se plantea, no contestes sin reflexionar.
- El desarrollo del presente instrumento es personal.
- Por favor responda al presente instrumento con la sinceridad que a usted la caracteriza.
- Para responder a este cuestionario, usted dispone como máximo 15 minutos.
- Para calificar cada reactivo, utilice la siguiente leyenda:

Nunca	Raras vez	A veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

EJECUCIÓN:

N°	CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO	FRECUENCIA				
		1	2	3	4	5
1.	Tomo mis medicamentos en los horarios indicados.					
2.	Respeto la dosis prescrita sin olvidos ni duplicaciones.					
3.	Sigo las indicaciones médicas sin necesidad de recordatorios.					
4.	Nunca olvido ninguna toma de mis medicamentos.					
5.	Adapto mis actividades diarias para no afectar la toma de medicamentos.					
6.	Uso alarmas o recordatorios para cumplir con el tratamiento.					
7.	Cuando tengo dudas, consulto al personal de salud antes de modificar la dosis.					
8.	Mantengo un registro personal de mis tomas de medicamentos.					
9.	Procuro no interrumpir mis actividades mientras cumplo con la medicación.					
10.	Estoy convencido/a de que cumplir con la medicación es esencial para mi salud.					

N°	CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO	FRECUENCIA				
		1	2	3	4	5
11.	He mantenido el tratamiento sin pausas desde que lo inicié.					
12.	No he dejado de tomar los medicamentos por más de dos días seguidos.					
13.	Nunca he interrumpido el tratamiento sin consultar al médico.					
14.	Cuando tengo molestias o efectos secundarios, continuo el tratamiento según indicación.					
15.	Si viajo o tengo compromisos, me aseguro de llevar mi medicación.					
16.	Planeo con anticipación la reposición de mis medicamentos.					
17.	No permito que problemas personales interfieran con mi tratamiento.					
18.	Busco apoyo en familiares o amigos para no interrumpir el tratamiento.					
19.	He aprendido a manejar los olvidos para no interrumpir el tratamiento.					
20.	Siento que mantener la continuidad del tratamiento es una prioridad en mi vida.					

N°	ASISTENCIA A CONTROLES MÉDICOS	FRECUENCIA				
		1	2	3	4	5
21.	Asisto puntualmente a mis controles médicos programados.					
22.	Participó activamente en las sesiones educativas o de seguimiento.					
23.	Sigo los exámenes y controles complementarios indicados.					
24.	Cuando tengo dudas sobre mi salud, acudo al centro médico.					
25.	Informo al personal de salud cualquier cambio en mi estado de salud.					
26.	Me esfuerzo por no faltar a mis controles médicos.					
27.	Pregunto y aclaro mis dudas en cada visita médica.					
28.	Acepto las recomendaciones médicas aunque signifiquen cambios en mi rutina.					
29.	Mantengo comunicación con el personal de salud fuera de mis citas, cuando lo necesito.					
30.	Considero que mis controles médicos son tan importantes como el tratamiento en sí					

Muchas gracias

CUESTIONARIO N° 2

CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO

INTRODUCCIÓN

El presente instrumento pretende Evaluar el nivel de aceptación del tratamiento antirretroviral en personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario busca conocer cómo se siente usted frente a su tratamiento:

- El desarrollo del presente instrumento es personal.
- El desarrollo del presente tiene una duración máxima de 20 minutos.
- Desarrolle el instrumento con toda sinceridad
- Desarrolla todos los ítems.
- Para calificar cada ítem, considere la siguiente puntuación y/o categorización.
- Marque con una X el número que corresponda a la respuesta.

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	2	3	4	5

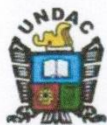
EJECUCIÓN:

N°	ACEPTACIÓN EMOCIONAL	Respuesta				
		1	2	3	4	5
1.	Me siento tranquilo/a con respecto a mi diagnóstico de VIH.					
2.	He logrado aceptar emocionalmente mi condición.					
3.	Me siento motivado/a a seguir viviendo con calidad.					
4.	Tengo esperanza en mi futuro a pesar de la enfermedad.					
5.	No me siento avergonzado/a de mi condición de salud.					
6.	Confío en que el tratamiento me ayudará a mantenerme estable.					
7.	Afronto mi diagnóstico con una actitud positiva.					
8.	Me siento apoyado/a emocionalmente por mi familia o entorno cercano.					
9.	Me siento capaz de hablar de mi condición sin temor ni culpa.					
10.	Siento que mi diagnóstico no limita mi valor como persona.					

N°	ACEPTACIÓN COGNITIVA	Respuesta				
		1	2	3	4	5
11.	Entiendo la importancia del tratamiento antirretroviral.					
12.	Sé cómo actúan los medicamentos que tomo.					
13.	Considero que el tratamiento mejora mi salud.					
14.	Comprendo las consecuencias de no seguir adecuadamente el tratamiento.					
15.	Reconozco que el tratamiento es una parte esencial de mi vida.					
16.	Tengo la información suficiente sobre los beneficios del tratamiento.					
17.	Estoy convencido/a de que seguir el tratamiento prolonga mi expectativa de vida.					
18.	Identifico correctamente mis medicamentos y dosis.					
19.	Confío en las indicaciones del personal de salud sobre mi tratamiento.					
20.	Estoy consciente de que el tratamiento es una oportunidad para vivir plenamente.					

N°	ACEPTACIÓN CONDUCTUAL	Respuesta				
		1	2	3	4	5
21.	Me esfuerzo por seguir las indicaciones del personal de salud.					
22.	He incorporado el tratamiento en mi rutina diaria.					
23.	Me considero una persona comprometida con mi salud.					
24.	Organizo mis horarios para no olvidar la toma de medicamentos.					
25.	Consulto al personal de salud si tengo dificultades con el tratamiento.					
26.	Busco estrategias para cumplir con mi tratamiento incluso en viajes o cambios de tina.					
27.	Evito conductas que puedan interferir con la efectividad del tratamiento.					
28.	Soy constante en asistir a mis controles médicos.					
29.	Informo oportunamente cualquier efecto secundario que experimento.					
30.	Me esfuerzo por mantener hábitos de vida saludables que acompañen mi tratamiento.					

Muchas gracias



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

"CUESTIONARIO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA)"

Nombre del experto: Yuly Selmira Hilario Pizarro

Especialidad: Doctora

"Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO	Tomo mis medicamentos en los horarios indicados				
	Respeto la dosis prescrita sin olvidos ni duplicaciones				
	Sigo las indicaciones médicas sin necesidad de recordatorios				
	Nunca olvido ninguna toma de mis medicamentos.				
	Adapto mis actividades diarias para no afectar la toma de medicamentos.				
	Uso alarmas o recordatorios para cumplir con el tratamiento.				
	Cuando tengo dudas, consulto al personal de salud antes de modificar la dosis.				
	Mantengo un registro personal de mis tomas de medicamentos.				
	Procuro no interrumpir mis actividades mientras cumplo con la medicación.				
	Estoy convencido/a de que cumplir con la medicación es esencial para mi salud.				
CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO	He mantenido el tratamiento sin pausas desde que lo inicié.				
	No he dejado de tomar los medicamentos por más de dos días seguidos.				
	Nunca he interrumpido el tratamiento sin consultar al médico.				
	Cuando tengo molestias o efectos secundarios, continuo el tratamiento según indicación.				



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

	Si viajo o tengo compromisos, me aseguro de llevar mi medicación.				
	Planeo con anticipación la reposición de mis medicamentos.				
	No permito que problemas personales interfieran con mi tratamiento.				
	Busco apoyo en familiares o amigos para no interrumpir el tratamiento.				
	He aprendido a manejar los olvidos para no interrumpir el tratamiento.				
	Siento que mantener la continuidad del tratamiento es una prioridad en mi vida.				
	Asisto puntualmente a mis controles médicos programados.				
	Participo activamente en las sesiones educativas o de seguimiento.				
	Sigo los exámenes y controles complementarios indicados.				
	Cuando tengo dudas sobre mi salud, acudo al centro médico.				
ASISTENCIA A CONTROLES MÉDICOS	Informo al personal de salud cualquier cambio en mi estado de salud.				
	Me esfuerzo por no faltar a mis controles médicos.				
	Pregunto y aclaro mis dudas en cada visita médica.				
	Acepto las recomendaciones médicas aunque signifiquen cambios en mi rutina.				
	Mantengo comunicación con el personal de salud fuera de mis citas, cuando lo necesito.				
	Considero que mis controles médicos son tan importantes como el tratamiento en sí				

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO ()
En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

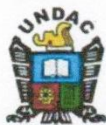
DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()

Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Obstetricia
PILCUMI, TARIJA

Dr. Tuty Y. Cano Pizarro
DOCENTE

Firma y sello del experto



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

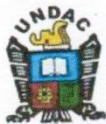
"CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO"

Nombre del experto: Yuly Selmira Hilario Pizarro

Especialidad: Doctora

"Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
ACEPTACIÓN EMOCIONAL	Me siento tranquilo/a con respecto a mi diagnóstico de VIH.				
	He logrado aceptar emocionalmente mi condición.				
	Me siento motivado/a a seguir viviendo con calidad.				
	Tengo esperanza en mi futuro a pesar de la enfermedad.				
	No me siento avergonzado/a de mi condición de salud.				
	Confío en que el tratamiento me ayudará a mantenerme estable.				
	Afronto mi diagnóstico con una actitud positiva.				
	Me siento apoyado/a emocionalmente por mi familia o entorno cercano.				
	Me siento capaz de hablar de mi condición sin temor ni culpa.				
	Siento que mi diagnóstico no limita mi valor como persona.				
ACEPTACIÓN COGNITIVA	Entiendo la importancia del tratamiento antirretroviral.				
	Sé cómo actúan los medicamentos que tomo.				
	Considero que el tratamiento mejora mi salud.				
	Comprendo las consecuencias de no seguir adecuadamente el tratamiento.				
	Reconozco que el tratamiento es una parte esencial de mi vida.				
	Tengo la información suficiente sobre los beneficios del tratamiento.				
	Estoy convencido/a de que seguir el tratamiento prolonga mi expectativa de vida.				
	Identifico correctamente mis medicamentos y dosis.				
	Confío en las indicaciones del personal de salud sobre mi tratamiento.				
	Estoy consciente de que el tratamiento es una oportunidad para vivir plenamente.				



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACEPTACIÓN
CONDUCTUAL

Me esfuerso por seguir las indicaciones del personal de salud.					
He incorporado el tratamiento en mi rutina diaria.					
Me considero una persona comprometida con mi salud.					
Organizo mis horarios para no olvidar la toma de medicamentos.					
Consulto al personal de salud si tengo dificultades con el tratamiento.					
Busco estrategias para cumplir con mi tratamiento incluso en viajes o cambios de tina.					
Evito conductas que puedan interferir con la efectividad del tratamiento.					
Soy constante en asistir a mis controles médicos.					
Informo oportunamente cualquier efecto secundario que experimento.					
Me esfuerso por mantener hábitos de vida saludables que acompañen mi tratamiento.					

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO ()
En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()

Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela de Formación Profesional de Obstetricia

Dr. Willy Hilario Pizarro
DOCENTE

Firma y sello del experto



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

"CUESTIONARIO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA)"

Nombre del experto: Marlene Daisy Gora Atencio

Especialidad: Doctora

"Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO	Tomo mis medicamentos en los horarios indicados				
	Respeto la dosis prescrita sin olvidos ni duplicaciones				
	Sigo las indicaciones médicas sin necesidad de recordatorios				
	Nunca olvido ninguna toma de mis medicamentos.				
	Adapto mis actividades diarias para no afectar la toma de medicamentos.				
	Uso alarmas o recordatorios para cumplir con el tratamiento.				
	Cuando tengo dudas, consulto al personal de salud antes de modificar la dosis.				
	Mantengo un registro personal de mis tomas de medicamentos.				
	Procuro no interrumpir mis actividades mientras cumplo con la medicación.				
	Estoy convencido/a de que cumplir con la medicación es esencial para mi salud.				
CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO	He mantenido el tratamiento sin pausas desde que lo inicié.				
	No he dejado de tomar los medicamentos por más de dos días seguidos.				
	Nunca he interrumpido el tratamiento sin consultar al médico.				
	Cuando tengo molestias o efectos secundarios, continuo el tratamiento según indicación.				



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

	Si viajo o tengo compromisos, me aseguro de llevar mi medicación.				
	Planeo con anticipación la reposición de mis medicamentos.				
	No permito que problemas personales interfieran con mi tratamiento.				
	Busco apoyo en familiares o amigos para no interrumpir el tratamiento.				
	He aprendido a manejar los olvidos para no interrumpir el tratamiento.				
	Siento que mantener la continuidad del tratamiento es una prioridad en mi vida.				
ASISTENCIA A CONTROLES MÉDICOS	Asisto puntualmente a mis controles médicos programados.				
	Participo activamente en las sesiones educativas o de seguimiento.				
	Sigo los exámenes y controles complementarios indicados.				
	Cuando tengo dudas sobre mi salud, acudo al centro médico.				
	Informo al personal de salud cualquier cambio en mi estado de salud.				
	Me esfuerzo por no faltar a mis controles médicos.				
	Pregunto y aclaro mis dudas en cada visita médica.				
	Acepto las recomendaciones médicas aunque signifiquen cambios en mi rutina.				
	Mantengo comunicación con el personal de salud fuera de mis citas, cuando lo necesito.				
	Considero que mis controles médicos son tan importantes como el tratamiento en sí				

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO ()
En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()


Firma y sello del experto



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

"CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO"

Nombre del experto: Marlene Daisy Gora Atencio

Especialidad: Doctora

"Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
ACEPTACIÓN EMOCIONAL	Me siento tranquilo/a con respecto a mi diagnóstico de VIH.				
	He logrado aceptar emocionalmente mi condición.				
	Me siento motivado/a a seguir viviendo con calidad.				
	Tengo esperanza en mi futuro a pesar de la enfermedad.				
	No me siento avergonzado/a de mi condición de salud.				
	Confío en que el tratamiento me ayudará a mantenerme estable.				
	Afronto mi diagnóstico con una actitud positiva.				
	Me siento apoyado/a emocionalmente por mi familia o entorno cercano.				
	Me siento capaz de hablar de mi condición sin temor ni culpa.				
	Siento que mi diagnóstico no limita mi valor como persona.				
ACEPTACIÓN COGNITIVA	Entiendo la importancia del tratamiento antirretroviral.				
	Sé cómo actúan los medicamentos que tomo.				
	Considero que el tratamiento mejora mi salud.				
	Comprendo las consecuencias de no seguir adecuadamente el tratamiento.				
	Reconozco que el tratamiento es una parte esencial de mi vida.				
	Tengo la información suficiente sobre los beneficios del tratamiento.				
	Estoy convencido/a de que seguir el tratamiento prolonga mi expectativa de vida.				
	Identifico correctamente mis medicamentos y dosis.				
	Confío en las indicaciones del personal de salud sobre mi tratamiento.				
	Estoy consciente de que el tratamiento es una oportunidad para vivir plenamente.				



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACEPTACIÓN CONDUCTUAL	Me esfuerzo por seguir las indicaciones del personal de salud.					
	He incorporado el tratamiento en mi rutina diaria.					
	Me considero una persona comprometida con mi salud.					
	Organizo mis horarios para no olvidar la toma de medicamentos.					
	Consulto al personal de salud si tengo dificultades con el tratamiento.					
	Busco estrategias para cumplir con mi tratamiento incluso en viajes o cambios de tina.					
	Evito conductas que puedan interferir con la efectividad del tratamiento.					
	Soy constante en asistir a mis controles médicos.					
	Informo oportunamente cualquier efecto secundario que experimento.					
	Me esfuerzo por mantener hábitos de vida saludables que acompañen mi tratamiento.					

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO ()
En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:
El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()


Firma y sello del experto



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

"CUESTIONARIO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA)"

Nombre del experto: Isaac Córdova Baldeón

Especialidad: Doctor

"Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO	Tomo mis medicamentos en los horarios indicados				
	Respeto la dosis prescrita sin olvidos ni duplicaciones				
	Sigo las indicaciones médicas sin necesidad de recordatorios				
	Nunca olvido ninguna toma de mis medicamentos.				
	Adapto mis actividades diarias para no afectar la toma de medicamentos.				
	Uso alarmas o recordatorios para cumplir con el tratamiento.				
	Cuando tengo dudas, consulto al personal de salud antes de modificar la dosis.				
	Mantengo un registro personal de mis tomas de medicamentos.				
	Procuro no interrumpir mis actividades mientras cumplo con la medicación.				
	Estoy convencido/a de que cumplir con la medicación es esencial para mi salud.				
CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO	He mantenido el tratamiento sin pausas desde que lo inicié.				
	No he dejado de tomar los medicamentos por más de dos días seguidos.				
	Nunca he interrumpido el tratamiento sin consultar al médico.				
	Cuando tengo molestias o efectos secundarios, continuo el tratamiento según indicación.				



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ASISTENCIA A CONTROLES MÉDICOS	Si viajo o tengo compromisos, me aseguro de llevar mi medicación.				
	Planeo con anticipación la reposición de mis medicamentos.				
	No permito que problemas personales interfieran con mi tratamiento.				
	Busco apoyo en familiares o amigos para no interrumpir el tratamiento.				
	He aprendido a manejar los olvidos para no interrumpir el tratamiento.				
	Siento que mantener la continuidad del tratamiento es una prioridad en mi vida.				
	Asisto puntualmente a mis controles médicos programados.				
	Participo activamente en las sesiones educativas o de seguimiento.				
	Sigo los exámenes y controles complementarios indicados.				
	Cuando tengo dudas sobre mi salud, acudo al centro médico.				
	Informo al personal de salud cualquier cambio en mi estado de salud.				
	Me esfuerzo por no faltar a mis controles médicos.				
	Pregunto y aclaro mis dudas en cada visita médica.				
	Acepto las recomendaciones médicas aunque signifiquen cambios en mi rutina.				

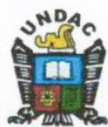
Mantengo comunicación con el personal de salud fuera de mis citas, cuando lo necesito.					
Considero que mis controles médicos son tan importantes como el tratamiento en sí					

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO ()
En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()

Firma y sello del experto
PROF. ISABEL CORDOBA B.



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

"CUESTIONARIO DE ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO"

Nombre del experto: Isaac Córdova Baldeón

Especialidad: Doctor

"Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
ACEPTACIÓN EMOCIONAL	Me siento tranquilo/a con respecto a mi diagnóstico de VIH.				
	He logrado aceptar emocionalmente mi condición.				
	Me siento motivado/a a seguir viviendo con calidad.				
	Tengo esperanza en mi futuro a pesar de la enfermedad.				
	No me siento avergonzado/a de mi condición de salud.				
	Confío en que el tratamiento me ayudará a mantenerme estable.				
	Afronto mi diagnóstico con una actitud positiva.				
	Me siento apoyado/a emocionalmente por mi familia o entorno cercano.				
	Me siento capaz de hablar de mi condición sin temor ni culpa.				
	Siento que mi diagnóstico no limita mi valor como persona.				
ACEPTACIÓN COGNITIVA	Entiendo la importancia del tratamiento antirretroviral.				
	Sé cómo actúan los medicamentos que tomo.				
	Considero que el tratamiento mejora mi salud.				
	Comprendo las consecuencias de no seguir adecuadamente el tratamiento.				
	Reconozco que el tratamiento es una parte esencial de mi vida.				
	Tengo la información suficiente sobre los beneficios del tratamiento.				
	Estoy convencido/a de que seguir el tratamiento prolonga mi expectativa de vida.				
	Identifico correctamente mis medicamentos y dosis.				
	Confío en las indicaciones del personal de salud sobre mi tratamiento.				
	Estoy consciente de que el tratamiento es una oportunidad para vivir plenamente.				



UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ACEPTACIÓN CONDUCTUAL	Me esfuerzo por seguir las indicaciones del personal de salud.				
	He incorporado el tratamiento en mi rutina diaria.				
	Me considero una persona comprometida con mi salud.				
	Organizo mis horarios para no olvidar la toma de medicamentos.				
	Consulto al personal de salud si tengo dificultades con el tratamiento.				
	Busco estrategias para cumplir con mi tratamiento incluso en viajes o cambios de tina.				
	Evito conductas que puedan interferir con la efectividad del tratamiento.				
	Soy constante en asistir a mis controles médicos.				
	Informo oportunamente cualquier efecto secundario que experimento.				
	Me esfuerzo por mantener hábitos de vida saludables que acompañen mi tratamiento.				

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO ()
En caso de Sí, ¿Qué dimensión o ítem falta? _____

DECISIÓN DEL EXPERTO:

El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()


Firma y sello del experto
PROF. ISAAC CORDOVA B.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Relación Entre La Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y La Aceptación Del Tratamiento En Pacientes VIH/SIDA del Hospital Félix Mayorca Soto 2020 - 2024

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVOS GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
¿Existe relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024?	Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024	Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la aceptación del tratamiento en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024	Variable 1 Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad	• Cumplimiento terapéutico. • Continuidad del tratamiento. • Asistencia a Controles médicos.	Tipo: Cuantitativo correlacional Diseño de investigación: No experimental, longitudinal retrospectivo. Población: 29 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que recibieron tratamiento antirretroviral durante el periodo 2020–2024. Muestra: Censal (se incluye la totalidad de la población disponible). Instrumentos: - Cuestionario de Adherencia al Tratamiento (TARGA) - Cuestionario de Aceptación del Tratamiento Ambos con escala tipo Likert de 5 puntos. Análisis estadístico: - Coefficiente de correlación de Spearman, por tratarse de datos ordinales y muestra pequeña. - Nivel de significancia: $p < 0.05$ - Software: SPSS, y Excel.
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICOS			
PE.1. ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación emocional en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024? PE.2. ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación cognitiva en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024? PE.3. ¿Cuál es la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación conductual en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024?	O.E.1. Analizar la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación emocional en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024. O.E.2. Analizar la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación cognitiva en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024. O.E.3. Analizar la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación conductual en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024	H.E.1. Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación emocional en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024. H.E.2. Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación cognitiva en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024. H.E.3. Existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la Aceptación conductual en pacientes con VIH/SIDA atendidos en el hospital Félix Mayorca Soto 2020- 2024.	Variable 2 Aceptación del Tratamiento	• Aceptación emocional • Aceptación cognitiva. • Aceptación conductual	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI
1		TARGA																																	
2		Cumplimiento Terapeutico										Continuidad del Tratamiento										Asistencia a controles medicos										D1	D2	D3	V1
3	N° Pct	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30				
4	1RX	5	5	5	5	4	5	5	5	2	5	5	5	1	5	4	4	2	4	5	5	5	1	5	4	5	4	5	5	5	5	46	40	44	130
5	2RX	3	3	3	3	3	1	3	1	3	4	3	3	2	3	3	3	3	1	3	4	2	1	3	2	3	3	4	3	2	3	27	28	26	81
6	3RX	5	3	1	3	4	1	4	2	1	5	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	1	3	3	4	4	4	4	4	4	29	36	35	100
7	4RX	5	1	2	2	4	2	4	1	1	5	2	2	2	4	4	5	3	4	3	4	4	1	3	4	4	4	4	4	4	4	27	33	36	96
8	5RX	4	4	4	2	4	1	4	1	4	4	4	3	1	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	3	4	4	5	4	32	36	37	105
9	6RX	4	3	3	3	4	4	4	2	3	5	3	2	3	2	3	4	3	4	4	4	4	2	4	4	3	3	4	4	4	4	35	32	36	103
10	7RX	2	3	2	4	2	2	5	1	3	5	3	2	3	3	4	4	3	5	3	5	3	1	3	5	5	3	4	5	5	5	29	35	39	103
11	8RX	4	4	4	4	4	2	4	2	2	5	4	2	2	3	4	4	2	4	4	4	4	1	4	3	4	3	4	4	4	4	35	33	35	103
12	9RX	5	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	1	1	5	5	1	4	4	4	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	42	35	46	123
13	10RX	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	4	1	1	4	4	4	1	4	4	5	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	40	32	38	110
14	11RX	4	4	4	3	3	3	5	2	1	5	5	4	2	4	4	1	1	3	4	4	3	1	3	3	4	4	4	4	4	4	34	32	34	100
15	12RX	3	3	3	2	3	1	3	2	2	4	2	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	2	2	3	4	3	4	4	3	4	26	31	32	89
16	13RX	4	4	4	4	4	2	3	3	1	4	4	1	1	4	4	3	3	4	3	4	4	1	4	4	4	3	5	4	4	4	33	31	37	101
17	14RX	3	4	3	2	4	3	4	3	2	4	4	1	1	4	4	3	4	3	4	4	4	1	3	4	4	3	4	3	4	4	32	32	34	98
18	15RX	4	3	3	1	4	2	4	3	2	2	3	2	3	3	5	4	2	3	4	3	4	1	2	3	4	3	4	4	3	4	28	32	32	92
19	16RX	5	5	4	1	5	2	4	1	1	5	5	4	1	5	5	5	2	5	4	5	5	1	5	3	3	4	4	5	4	5	33	41	39	113
20	17RX	5	5	4	1	4	1	3	2	1	4	5	1	1	5	4	1	4	4	4	4	5	1	4	3	5	5	5	4	4	4	30	33	40	103
21	18RX	5	5	5	2	4	1	4	1	1	5	3	3	3	5	5	5	1	5	5	5	4	1	4	3	4	5	5	5	5	5	33	40	41	114
22	19RX	3	3	3	3	3	1	3	2	2	3	3	3	2	4	5	1	3	4	3	4	3	1	3	3	4	3	4	4	4	4	26	32	33	91
23	20RX	3	4	4	3	4	1	3	3	2	4	4	3	1	4	4	2	3	4	3	4	3	1	4	2	4	3	4	4	4	4	31	32	33	96
24	21RX	4	2	4	3	3	2	4	2	4	4	3	3	3	3	4	4	2	2	3	4	3	2	3	4	4	3	4	4	4	4	32	31	35	98
25	22RX	4	4	4	3	4	1	4	1	4	4	3	3	4	4	4	3	4	5	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	33	39	32	104
26	23RX	5	5	5	1	5	1	5	1	4	5	5	1	1	4	4	4	1	4	4	5	4	2	4	5	4	3	5	5	4	4	37	33	40	110
27	24RX	4	4	4	1	4	4	4	2	4	4	4	2	2	4	5	5	5	1	4	4	4	1	4	5	4	4	4	4	4	4	35	36	38	109
28	25RX	4	4	3	4	4	3	4	3	2	4	4	1	1	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	4	3	4	4	4	4	35	33	37	105
29	26RX	4	4	4	1	4	2	4	2	2	4	4	2	2	4	3	4	1	4	4	5	4	2	4	3	3	3	4	4	4	4	31	33	35	99
30	27RX	2	2	2	3	2	1	3	2	4	3	3	3	3	3	1	3	4	2	2	4	2	1	3	2	2	2	3	4	4	4	24	28	27	79
31	28RX	4	3	2	3	4	2	3	2	1	4	4	3	2	4	4	4	2	4	4	4	3	1	3	2	4	2	4	4	4	4	28	35	31	94
32	29RX	4	4	4	3	4	2	3	2	2	4	3	2	2	4	4	4	3	4	4	4	3	1	2	2	3	3	4	4	4	4	32	34	30	96

	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP	BQ	BR	BS
	ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO																																		
	A. Emocional										A. cognitiva										A. Conductual										D1	D2	D3	Y1	
Nº Pct	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30					
1RX	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	5	4	5	4	5	4	5	2	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	37	44	48	123	
2RX	2	3	4	3	1	4	3	5	1	2	4	4	3	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	28	35	36	99	
3RX	5	5	5	4	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5	5	5	4	4	2	2	4	4	4	40	39	39	118	
4RX	2	3	5	5	3	5	3	4	4	4	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	5	38	40	38	116	
5RX	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	38	39	39	116	
6RX	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4	3	5	4	36	39	40	115	
7RX	2	2	4	5	3	4	4	4	3	2	4	2	3	4	4	3	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	3	4	5	33	39	41	113	
8RX	3	4	2	4	3	4	4	5	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	38	40	114	
9RX	4	5	4	4	4	4	4	4	2	2	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5	5	37	42	41	120	
10RX	4	4	4	4	3	4	3	5	3	3	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	37	42	40	119	
11RX	4	4	4	3	4	4	4	4	3	2	5	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	5	3	4	4	4	3	3	4	36	38	38	112	
12RX	2	4	3	5	5	4	4	5	2	4	4	4	5	4	5	4	4	2	4	3	4	4	5	2	4	2	3	4	4	3	38	39	35	112	
13RX	4	4	4	3	3	4	4	5	2	4	4	4	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	37	40	39	116	
14RX	4	4	4	2	3	4	3	4	3	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	35	42	39	116	
15RX	3	4	4	4	3	4	4	4	2	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	35	37	38	110	
16RX	5	5	5	4	3	5	5	5	3	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	3	5	5	5	5	45	48	45	138
17RX	2	3	4	4	4	5	4	4	2	2	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	34	46	40	120	
18RX	4	5	5	5	2	5	5	5	1	2	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	39	48	45	132	
19RX	3	3	4	4	4	4	3	5	2	4	4	4	4	2	4	3	4	2	3	4	3	4	4	2	3	2	3	3	4	4	36	34	32	102	
20RX	2	4	5	4	3	4	4	4	2	4	5	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	2	4	2	4	4	36	41	35	112	
21RX	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5	5	5	4	4	2	2	4	4	4	36	39	39	114	
22RX	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	39	40	39	118	
23RX	5	4	4	4	4	5	4	4	3	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	42	49	45	136
24RX	4	4	4	4	2	4	4	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	33	40	39	112	
25RX	3	3	4	4	3	4	4	3	3	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	33	38	37	108	
26RX	2	3	4	4	2	4	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4	3	3	2	4	31	41	35	107	
27RX	2	3	4	3	2	4	2	3	2	4	3	2	3	4	3	3	4	3	4	4	3	4	2	2	3	3	2	2	3	4	29	33	28	90	
28RX	3	3	4	4	4	4	3	5	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	34	40	37	111	
29RX	3	3	4	4	2	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	33	40	38	111	

33 : AceptaciónEmocio...															Visible: 13 de 13 variables	
	A_Cumplimiento_Terapeutico	B_Continuidad_del_TTo	C_Asiencia_a_controles	V01_Adherencia_a_TARGA	D_Aceptación_Emocional	E_Aceptación_Cognitiva	F_Aceptación_Conductual	V02_Aceptación_d_el_TTo	V1AdherenciaTARGA	V2Aceptación_d_el_TTo	AceptaciónEmocional	AcpetaciónCognitiva	AceptaciónConductual	var		
1	46	40	44	130	37	44	48	129	3	3	2	3	3			
2	27	28	26	81	28	35	36	99	2	2	2	2	2			
3	29	36	35	100	40	39	39	118	2	3	3	3	3			
4	27	33	36	96	38	40	38	116	2	3	3	3	3			
5	32	36	37	105	38	39	39	116	2	3	3	3	3			
6	35	32	36	103	36	39	40	115	2	3	2	3	3			
7	29	35	39	103	33	39	41	113	2	3	2	3	3			
8	35	33	35	103	36	38	40	114	2	3	2	3	3			
9	42	35	46	123	37	42	41	120	3	3	2	3	3			
10	40	32	38	110	37	42	40	119	2	3	2	3	3			
11	34	32	34	100	36	38	38	112	2	3	2	3	3			
12	26	31	32	89	38	39	35	112	2	3	3	3	2			
13	33	31	37	101	37	40	39	116	2	3	2	3	3			
14	32	32	34	98	35	42	39	116	2	3	2	3	3			
15	28	32	32	92	35	37	38	110	2	2	2	2	3			
16	33	41	39	113	45	48	45	138	3	3	3	3	3			
17	30	33	40	103	34	46	40	120	2	3	2	3	3			
18	33	40	41	114	39	48	45	132	3	3	3	3	3			
19	26	32	33	91	36	34	32	102	2	2	2	2	2			
20	31	32	33	96	36	41	35	112	2	3	2	3	2			
21	32	31	35	98	36	39	39	114	2	3	2	3	3			
22	33	39	32	104	39	40	39	118	2	3	3	3	3			
23	37	33	40	110	42	49	45	136	2	3	3	3	3			
24	35	36	38	109	33	40	39	112	2	3	2	3	3			
25	35	33	37	105	33	38	37	108	2	2	2	3	2			
26	31	33	35	99	31	41	35	107	2	2	2	3	2			
27	24	28	27	79	29	33	28	90	2	2	2	2	2			
28	28	35	31	94	34	40	37	111	2	3	2	3	2			
29	32	34	30	96	33	40	38	111	2	3	2	3	3			
30																
31																
32																
33																
34																

Vista de datos

Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

Unicode ON

Vista de datos

Vista de variables