



## Retratamiento tras pérdida de seguimiento en pacientes adolescentes y jóvenes que viven con el VIH: estudio de casos y controles\*

Camila Moraes Garollo Piran<sup>1,2,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9111-9992>


Alana Vitória Escritori Cargnin<sup>1,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-7733-2420>


Mariana Martire Mori<sup>1,3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1744-3580>


Rosana Rosseto de Oliveira<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-3373-1654>

João Manuel Graça Frade<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4947-1052>

Marcela Demitto Furtado<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-1427-4478>

**Destacados:** (1) Primer estudio brasileño que aborda el retratamiento entre jóvenes que viven con el VIH. (2) La ausencia de afiliación religiosa se asoció con una mayor probabilidad de retratamiento. (3) El sexo, el consumo de alcohol y la convivencia en instituciones se asociaron con el retratamiento. (4) El diagnóstico en la CTA y las citas perdidas disminuyeron las posibilidades de retratamiento. (5) Proporciona información sobre la prevención del abandono permanente.

**Objetivo:** identificar los factores asociados al retratamiento después de la pérdida de seguimiento en adolescentes y jóvenes que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. **Método:** estudio de casos y controles pareados (razón 1/1) con recolección de datos de historias clínicas. Los casos fueron adolescentes y jóvenes con diagnóstico de Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida con retratamiento después de la pérdida de seguimiento. Los controles fueron adolescentes y jóvenes diagnosticados, perdidos en el seguimiento, sin antecedentes de retratamiento. Para el análisis estadístico, se adoptó la regresión logística. **Resultados:** se incluyeron 76 casos y 76 controles. La variable asociada con la mayor probabilidad de retratamiento fue no tener una religión (ORad:3,46; IC95%: 1,52-7,88; p=0,003). Los factores que disminuyeron las probabilidades de retratamiento fueron los 21,91 años de edad al inicio del seguimiento (ORaj:0,78; IC95%: 0,62-0,98; p=0,039), género femenino (ORaj:0,12; IC95%: 0,03-0,45; p=0,001), viviendo en una institución (ORaj:0,72; IC95%: 0,12-0,43; p=0,004), consumo de alcohol (ORaj: 0,20; IC95%: 0,08-0,49; p<0,001), diagnóstico del Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el Centro de Tratamiento y Asesoramiento (ORaj:0,31; IC95%: 0,13-0,74; p=0,008) y las citas perdidas antes de la pérdida de seguimiento (ORaj: 0,20; IC95%: 0,07-0,52; p=0,001). **Conclusión:** el retorno al tratamiento de adolescentes y jóvenes que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana tiene determinantes multifactoriales asociados al perfil sociodemográfico, conductual y clínico.

**Descriptor:** Retratamiento; Pérdida de Seguimiento; Adolescentes; Adulto Joven; VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.





\* El presente trabajo fue realizado con apoyo de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001, Brasil.

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

<sup>2</sup> Polytechnic University of Leiria, Leiria, Portugal.

<sup>3</sup> Becaria de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

### Cómo citar este artículo

Piran CMG, Cargnin AVE, Mori MM, Oliveira RR, Frade JMG, Furtado MD. Retreatment after loss of follow-up in adolescent and young adult patients living with HIV: a case-control study. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2026;34:e4800 [cited   ]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7973.4801>

## Introducción

Se estima que, en 2023, había 40 millones de personas viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (PVVIH), y dos de cada siete nuevas infecciones por VIH se producen entre adolescentes y jóvenes<sup>(1)</sup>. Incluso con la terapia antirretroviral (TAR) que tiene un impacto relevante en la reducción de la morbilidad y mortalidad entre las personas que viven con el VIH, los adolescentes y jóvenes están más expuestos a contextos negativos<sup>(2)</sup>, ya que este grupo de edad suele estar ausente en la cascada de tratamiento del VIH<sup>(3)</sup>.

La inclusión del TAR ha llevado a que el VIH se convierta en una condición de salud crónica controlable, proporcionando una mejor calidad de vida, un retorno a la esperanza de vida normal y un impacto sustancial en la prevención y el tratamiento del VIH. Sin embargo, para los adolescentes y jóvenes que viven con esta condición, todavía es difícil mantener la adhesión al tratamiento debido al uso diario de TAR a lo largo de la vida<sup>(4-6)</sup>.

La falta de adhesión continua o la pérdida de seguimiento provoca interrupciones prolongadas del tratamiento o interrupción del TAR, lo que constituye una de las principales barreras para la terminación del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), ya que puede conducir a la resistencia a los medicamentos y, en consecuencia, al fracaso del tratamiento<sup>(5-6)</sup>. Además, los adolescentes y jóvenes que viven con el VIH tienen peores resultados en relación al tratamiento del VIH en comparación con otros grupos de edad que viven con el VIH, debido a las conductas de riesgo para la salud que presentan en este grupo de edad<sup>(5)</sup>.

Dicho esto, se percibe que muchos adolescentes y jóvenes que viven con VIH abandonan el tratamiento<sup>(7)</sup> y, después de un cierto período, regresan al servicio<sup>(8)</sup>. El retorno a la atención del VIH tras la pérdida de seguimiento es un comportamiento frecuente, aunque poco comprendido. El retratamiento está cada vez más presente en la cascada de atención del VIH, en la que muchos individuos entran y salen del cuidado después de iniciar el tratamiento y a lo largo de la vida<sup>(8-9)</sup>.

A pesar de que se han estudiado los factores que impulsan la pérdida de seguimiento o el abandono<sup>(7,10-11)</sup>, se sabe poco sobre los factores que facilitan y dificultan el retorno al tratamiento<sup>(8-9)</sup>. Los resultados de este público específico aún son incipientes y, como consecuencia, imposibilitan que los profesionales de la salud, como los enfermeros que están en la gestión del servicio, identifiquen los factores asociados al retratamiento e implementen estrategias preventivas para evitar el abandono permanente<sup>(8)</sup>.

Explorar el retratamiento después de la pérdida durante el seguimiento en un entorno que brinda tratamiento en diferentes entornos puede contribuir a la implementación de nuevas estrategias para mejorar los resultados entre adolescentes y jóvenes. Esto será crucial para alcanzar los objetivos mundiales de eliminación del SIDA para 2030. Así, este estudio tiene como objetivo responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son los factores asociados con el retorno de la atención del VIH entre adolescentes y jóvenes? Dicho esto, el objetivo de este estudio fue identificar los factores asociados con el retratamiento después de la pérdida de seguimiento entre adolescentes y jóvenes que viven con el VIH.

## Método

### Tipo de estudio

Estudio epidemiológico, del tipo caso-control emparejado con una proporción de 1 caso/1 control de adolescentes y jóvenes que viven con el VIH, que se integró en una cohorte ambispectiva. La proporción de 1:1 se estableció en función del tiempo disponible para la realización de esta investigación. Se utilizó el *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para informar sobre el estudio, tal y como recomienda la *Enhancing the Quality and Transparency of Health Research* (EQUATOR Network)<sup>(12)</sup>.

### Escenario del estudio

El escenario del estudio fue el Servicio de Atención Especializada (SAE) perteneciente a la Clínica Ambulatoria de Infecciones de Transmisión Sexual/VIH/SIDA del 15º Distrito Regional de Salud, ubicada en el noroeste del Estado de Paraná, Brasil. Es un servicio público, especializado y de referencia que presta servicio a Maringá y a otros 29 municipios.

### Población

Los adolescentes y jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA se definieron como casos, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), un indicador de estadísticas de problemas de mortalidad y morbilidad, representados por los códigos B20.0 a B24, con un retratamiento posterior después de la pérdida durante el seguimiento. Mientras que los controles fueron adolescentes y jóvenes con CIE-10 relacionados con VIH/SIDA, que se perdieron durante el seguimiento en el NCS después de iniciar el TAR, sin antecedentes de retratamiento.

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: tener entre 10 y 24 años, haber adquirido el VIH por transmisión sexual y haber iniciado el TAR. Se destaca que el grupo de edad de 10 a 19 años y de 20 a 24 años corresponde al período de adolescencia y juventud, respectivamente<sup>(13)</sup>. Los siguientes criterios de no inclusión se definieron como pacientes que no iniciaron TAR y aquellos que adquirieron el VIH por transmisión vertical. Y los criterios de exclusión fueron: pacientes que fallecieron y cuando no hubo caso ni control para emparejamiento.

### Definición de la muestra

Se utilizó la muestra total de 198 adolescentes y jóvenes que viven con VIH que se encontraban en situación de pérdida de seguimiento, atendidos en

el servicio entre enero de 2017 y diciembre de 2023. Después del análisis exploratorio de las historias clínicas de pacientes adolescentes y jóvenes, verificando los criterios de selección mencionados anteriormente, se realizó el emparejamiento muestral, buscando la mayor similitud posible entre los individuos.

Los grupos fueron emparejados por grupo de edad y año de ingreso al servicio. La variable grupo de edad se estableció en el emparejamiento para proporcionar una mayor similitud entre las edades de los casos y los controles; Aunque algunas edades no eran exactamente iguales entre algunas parejas, todavía estaban cerca. No se incluyeron 19 pacientes que no iniciaron TAR y cinco pacientes que adquirieron el VIH por transmisión vertical. Se excluyeron tres muertes y 19 pacientes que fueron casos debido a la falta de controles dentro del período de estudio (Figura 1).

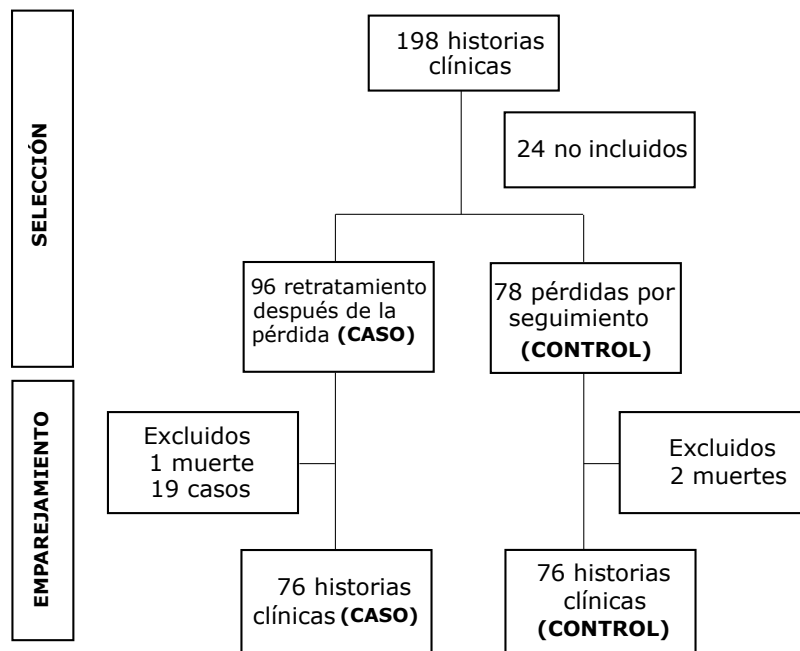


Figura 1 - Selección de las historias clínicas de adolescentes y jóvenes que viven con el VIH. Maringá, PR, Brasil, 2024

### VARIABLES DEL ESTUDIO

Las informaciones de los pacientes con respecto a cada variable se recopilaron de los registros de salud. La variable dependiente (retratamiento después de la pérdida de seguimiento) se adoptó para la regresión logística con el fin de verificar la asociación con las variables independientes.

#### Variable dependiente

Se adoptó como variable dependiente (resultado) el reingreso tras la pérdida de seguimiento. El retratamiento o regreso a la atención se define como el tratamiento del paciente después del abandono, con una repetición del mismo tratamiento inicial o con una medida adicional

o alternativa. El retratamiento se utiliza a menudo con referencia a una modalidad diferente, cuando el original se utilizó de manera inapropiada, nociva o no tuvo éxito<sup>(8-9,14)</sup>.

#### VARIABLES INDEPENDIENTES

Como variables independientes, se agruparon las siguientes características:

- Sociodemográficas: edad al diagnóstico (en años), edad al inicio del seguimiento (en años), sexo (hombre; mujer), estado civil (sin pareja; con pareja), raza/color (blanco; no blanco), educación (<12 años; ≥12 años), religión (no; sí), orientación sexual (heterosexual; homosexual/bisexual), ocupación (empleado/autónomo; estudiante/ama de casa; desempleado), vivienda (con familia; con amigos; en una institución; solo; ignorado);

- b) Comportamentales: consumo de alcohol (no; sí), consumo de tabaco (no; sí), consumo de drogas (no; sí), pareja sexual (fijo; casual), comorbilidad(es) (no; sí), trastorno(s) mental(es) (no; sí);
- c) Clínicos, inmunológicos y de laboratorio: diagnóstico en el Centro de Tratamiento y Asesoramiento (CTA) (no; sí), tipo de ingreso (caso nuevo; caso transferido), tiempo de inicio del TAR después del diagnóstico (en días), régimen inicial de TAR [Lamivudina (3TC) + Tenofovir (TDF) + Dolutegravir (DTG); Lamivudina (3TC) + Tenofovir (TDF) + Efavirenz (EFV); Otros], efecto secundario del TAR (no; sí), número de regímenes realizados (1; más de 1), estadificación del VIH en la OMS (estadio I; estadio II; estadio III; estadio IV; desconocido), primer resultado de la carga viral (CV) (suprimido; no suprimido; indetectable; desconocido), primer recuento de linfocitos T auxiliares CD4+ (CD4+) (en células/mm<sup>3</sup>), resultado de la CV antes de la pérdida durante el seguimiento (suprimido; no suprimido; indetectable; desconocido), recuento de CD4+ antes de la pérdida durante el seguimiento (en célula/mm<sup>3</sup>), infección(es) oportunista(s) (no; sí; desconocida), otra infección de transmisión sexual (no; sí; desconocida), consulta perdida antes de la pérdida de seguimiento (no; sí);

### Instrumentos utilizados para la recopilación de información

Los datos se recopilaron de fuentes secundarias utilizando los registros de salud disponibles en la clínica ambulatoria de Infecciones de Transmisión Sexual/VIH/SIDA. El instrumento de recolección de datos se estableció según lo recomendado por el Ministerio de Salud, y está de acuerdo con el formulario de notificación de casos de VIH y seguimiento ambulatorio. Para garantizar la comparabilidad de los datos, se utilizó el mismo instrumento para los casos y los controles.

### Recopilación de datos

Los datos se recopilaron entre junio y octubre de 2024, con dos asistentes de investigación, uno estudiante de maestría y el otro estudiante de doctorado, ambos participantes en el proyecto de investigación. Los asistentes de investigación fueron capacitados *in loco* por el investigador principal y ayudaron en la recopilación y doble verificación de datos para garantizar la veracidad de la información. Ambos estaban cegados a los objetivos de la investigación, así como a la pregunta del estudio, como una estrategia para minimizar el sesgo de confusión, en la posibilidad

de establecer alguna relación entre las respuestas. La información fue ingresada y almacenada en una base de datos administrada por el investigador principal. Además, del emparejamiento, la variable de registro y la variable de número de registro médico se utilizaron como información adicional para diferenciar mejor los registros médicos y minimizar el sesgo de selección.

### Tratamiento y análisis de datos

Para el tratamiento de los datos se utilizó *Microsoft Excel*<sup>®</sup> y luego los datos fueron transportados al *software SPSS Statistics*<sup>®</sup>, versión 25.0 para el análisis de los datos. Inicialmente, se describieron las características sociodemográficas, conductuales, clínicas, inmunológicas y de laboratorio de adolescentes y jóvenes que viven con VIH, según el resultado de retratamiento o no después de la pérdida al seguimiento, utilizando medidas de frecuencia absoluta y relativa, tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar). A continuación, para verificar los factores asociados al reingreso al tratamiento en adolescentes y jóvenes que habían interrumpido el tratamiento, se utilizaron modelos de regresión logística binomial.

Se realizaron análisis bivariados para comparar cada variable con el resultado en estudio. Aquellos con un valor de  $p \leq 0,25$  en la prueba de Wald de chi-cuadrado se evaluaron en relación con la multicolinealidad, de modo que se pudieron construir modelos multivariados parsimoniosos y robustos. Luego, se probaron múltiples modelos utilizando la metodología de selección de variables hacia atrás por pasos. Las variables independientes con un valor de  $p$  de  $< 0,05$  en la prueba se conservaron en los modelos finales, cuando se ajustaron entre sí.

Como medida de asociación, se calcularon los *odds ratios* (OR) y los *odds ratios* ajustados (ORaj) seguidos de sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). Estas razones representaron el aumento o la reducción de la probabilidad de cada subvariable para la ocurrencia de un nuevo tratamiento después de la pérdida de seguimiento en relación con las subcategorías de referencia en las respectivas variables independientes. El modelo final se consideró significativo en comparación con el nulo en la prueba ómnibus.

Para el modelo múltiple final, se realizó un análisis de las características operativas del receptor (ROC), una forma útil de evaluar la precisión de las predicciones del modelo. A partir de esto, se calculó el área bajo la curva (AUC), que representa la probabilidad de que la predicción esté en el orden correcto al observar una variable de prueba. Además, la sensibilidad y especificidad del modelo final se calcularon en el punto de corte ideal, definido por el índice de Youden.

## Aspectos éticos

Aunque no hubo contacto directo con los participantes, las historias clínicas contenían información confidencial. Así, en cumplimiento de las Resoluciones N.º 466/12 y 510/16 del Consejo Nacional de Salud (CNS), el estudio fue sometido al Comité Permanente de Ética en la Investigación con Seres Humanos de la institución firmante, siendo aprobado bajo el parecer N.º 5.202.623/2022 y N.º 6.897.755/2024, Certificado de Presentación de Apreciación Ética (CAAE): 52331221.3.0000.0104.

## Resultados

Se analizaron un total de 198 historias clínicas de adolescentes y jóvenes que viven con VIH, y 152 fueron elegibles para el estudio, correspondientes a 76

casos (retratamiento) y 76 controles (no retratamiento). En cuanto a las características sociodemográficas y conductuales de los adolescentes y jóvenes de los casos y controles, la edad media al diagnóstico fue de 21,39 años y 21,65 años, respectivamente. En ambos grupos, la mayoría eran hombres y sin pareja.

Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el retratamiento y las variables edad al inicio del seguimiento ( $p=0,062$ ), sexo ( $p=0,010$ ), raza/color ( $p=0,233$ ), religión ( $p=0,003$ ), ocupación ( $p=0,114$ ), vivienda ( $p=0,032$ ) y consumo de alcohol ( $p=0,022$ ). La probabilidad de retratamiento después de la pérdida de seguimiento fue mayor entre los individuos de raza/color no blancos (OR: 1,55; IC95%: 0,75–3,18), los que no tienen religión (OR: 2,70; IC95%: 1,39–5,25), que están desempleados (OR: 3,04; IC95%: 0,76–12,12) y viven en una institución (OR: 0,17; IC95%: 0,03–0,86) (Tabla 1).

Tabla 1 - Análisis descriptivo y bivariado de las características sociodemográficas y conductuales de adolescentes y jóvenes que viven con VIH, según el resultado del retratamiento o no después de la pérdida de seguimiento. Maringá, PR, Brasil 2024

Variable	Caso	Control	Análisis bivariado (crudo)		
	n(%)	n(%)	OR*	IC95%†	valor p‡
<b>Edad en el momento del diagnóstico</b>					
Variable continua (en años)	21,39(1,96) <sup>§</sup>	21,65(2,00) <sup>§</sup>	1,05	0,89–1,25	0,413
<b>Edad al inicio del seguimiento</b>					
Variable continua (en años)	21,91(1,84) <sup>§</sup>	22,47(1,79) <sup>§</sup>	0,84	0,98–1,42	<b>0,062</b>
<b>Sexo</b>					
Masculino	56(73,68)	69(90,79)		Referencia	
Femenino	20(26,32)	7(15,79)	0,29	0,11–0,74	<b>0,010</b>
<b>Estado civil</b>					
Sin pareja	60(78,95)	65(85,53)		Referencia	
Con pareja	16(21,05)	11(14,47)	0,65	0,28–1,52	0,326
<b>Raza/color</b>					
Blanco	58(76,32)	51(67,11)		Referencia	
No blanco	18(23,68)	25(32,89)	1,55	0,75–3,18	<b>0,233</b>
<b>Educación</b>					
<12 años	26(34,21)	24(31,58)		Referencia	
≥12 años	50(65,79)	52(68,42)	1,08	0,54–2,14	0,818
<b>Religión</b>					
No	29(38,16)	48(63,16)	2,70	1,39–5,25	<b>0,003</b>
Sí	47(61,84)	28(36,84)		Referencia	
<b>Orientación sexual</b>					
Heterosexual	23(30,26)	17(22,37)		Referencia	
Homosexual/bisexual	53(69,74)	59(77,63)	1,45	0,70–3,02	0,313

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variable	Caso	Control	Análisis bivariado (crudo)		
	n(%)	n(%)	OR*	IC95%†	valor p‡
<b>Ocupación</b>					
Empleado/autónomo	57(75,00)	50(65,79)		Referencia	
Estudiante/ama de casa	16(21,05)	18(23,68)	1,14	0,51–2,52	0,741
Desempleado	3(3,95)	8(10,53)	3,04	0,76–12,12	<b>0,114</b>
<b>Vivienda<sup>  </sup></b>					
Con miembros de la familia	49(64,47)	36(10,53)		Referencia	
Con amigos(as)	2(2,63)	12(15,79)	1,42	0,69–2,90	0,337
En la institución	2(2,63)	3(3,95)	0,17	0,03–0,86	<b>0,032</b>
Solo(a)	23(30,26)	24(31,58)	0,69	0,01–4,55	0,705
Ignorado	0(0,00)	1(1,32)			
<b>Consumo de alcohol</b>					
No	25(32,89)	39(51,32)		Referencia	
Sí	51(67,11)	37(48,68)	0,46	0,23–0,89	<b>0,022</b>
<b>Consumo de tabaco</b>					
No	46(60,53)	47(61,84)		Referencia	
Sí	30(39,47)	29(38,16)	0,88	0,45–1,70	0,706
<b>Consumo de drogas</b>					
No	52(68,42)	54(71,05)		Referencia	
Sí	24(31,58)	22(28,95)	0,85	0,42–1,73	0,669
<b>Pareja sexual</b>					
Fijo	39(51,32)	34(44,74)		Referencia	
Casual	37(48,68)	42(55,26)	1,38	0,72–2,65	0,321
<b>Comorbilidade(s)</b>					
No	71(93,42)	69(90,79)		Referencia	
Sí	5(6,58)	7(9,21)	1,48	0,44–4,91	0,517
<b>Trastorno(s) mental(es)</b>					
No	64(84,21)	61(80,26)		Referencia	
Sí	12(15,79)	15(19,74)	1,24	0,53–2,91	0,612

\*OR = Odds ratio (Razón de probabilidades); †IC95% = Intervalo de confianza del 95%; ‡Valor p correspondiente a la prueba chi-cuadrado de Wald; §Media (desviación estándar); ||Ignorados excluidos del análisis bivariado

En cuanto a las características clínicas, inmunológicas y de laboratorio de los adolescentes y jóvenes que viven con VIH, se observó que se trataba de casos nuevos, y el tiempo promedio de inicio del TAR después del diagnóstico entre casos y controles fue de 164,30 días y 117,16 días, respectivamente. Las variables asociadas al retratamiento fueron: diagnóstico en la ATC ( $p=0,255$ ), tipo de ingreso al servicio ( $p=0,167$ ), régimen inicial de TAR ( $p=0,203$ ), efecto secundario del TAR ( $p=0,209$ ), estadificación del VIH después de la OMS ( $p=0,198$ ), infecciones oportunistas ( $p=0,065$ ) y faltas a las consultas antes de la pérdida de seguimiento ( $p=0,034$ ). La razón de probabilidades para el retorno al tratamiento fue mayor entre los casos transferidos (OR: 1,67; IC95%: 0,80–3,46)

y VIH estadio II según la OMS (OR: 1,66; IC95%: 0,76–3,61) en comparación con las otras categorías (Tabla 2).

El modelo de regresión logística final mostró un nivel de significancia de valor de  $p < 0,05$  con evidencia estadística de asociación para el grupo de casos, que consta de siete variables. La razón de probabilidades para el retratamiento entre adolescentes y jóvenes que viven con VIH es 3,46 veces mayor en el grupo que no tiene religión, en comparación con el grupo que tiene religión (IC95%: 1,52–7,88;  $p = 0,003$ ). Los factores que disminuyeron las probabilidades de retratamiento fueron: edad de 21,91 años al inicio del seguimiento (ORaj: 0,78; IC95%: 0,62–0,98;  $p = 0,039$ ), ser mujer (ORaj: 0,12; IC95%: 0,03–0,45;  $p = 0,001$ ), viviendo en una institución

(ORaj: 0,72; IC95%: 0,12–0,43; p= 0,004), consumo de alcohol (ORaj: 0,20; IC95%: 0,08–0,49; p<0,001), con diagnóstico de VIH en la CTA (ORaj 0,31; IC95%: 0,13–0,74; p= 0,008) y tener ausencia(s) de una consulta antes de la pérdida para el seguimiento (ORaj: 0,20; IC95%: 0,07–0,52; p= 0,001) (Tabla 3).

Tabla 2 - Análisis descriptivo y bivariado de las características clínicas, inmunológicas y de laboratorio de adolescentes y jóvenes que viven con VIH, según el resultado de retratamiento o no después de la pérdida de seguimiento. Maringá, PR, Brasil 2024

Variable	Caso	Control	Análisis bivariado (crudo)		
	n(%)	n(%)	OR*	IC95%†	valor p‡
<b>Diagnóstico en CTA<sup>§</sup></b>					
No	36(47,37)	31(40,79)		Referencia	
Sí	40(52,63)	45(59,21)	0,68	0,35–1,31	0,255
<b>Tipo de entrada</b>					
Nuevo caso	58(76,32)	51(67,11)		Referencia	
Caso transferido	18(23,68)	25(32,89)	1,67	0,80–3,46	<b>0,167</b>
<b>Tiempo para comenzar TAR<sup>  </sup> después del diagnóstico</b>					
Variable continua (en días)	164,30(352,50) <sup>¶</sup>	117,16(232,74) <sup>¶</sup>	0,99	0,99–1,00	0,357
<b>Régimen inicial del TAR<sup>  </sup></b>					
3TC+TDF+DTG	57(75,00)	63(82,89)		Referencia	
3TC+TDF+ EFV	14(18,42)	8(10,53)	0,54	0,21–1,39	<b>0,203</b>
Otro	5(6,58)	5(6,58)	1,18	0,30–4,64	0,805
<b>Efecto secundario del TAR<sup>  </sup></b>					
No	60(78,95)	66(86,84)		Referencia	
Sí	16(21,05)	10(13,16)	0,56	0,22–1,38	<b>0,209</b>
<b>Número de esquemas realizados</b>					
1	62(81,58)	67(88,16)		Referencia	
Más de 1	14(18,42)	9(11,84)	0,58	0,22–1,51	0,270
<b>Estadificación del VIH<sup>**</sup> según la OMS<sup>††   </sup></b>					
Estadio I	41(53,95)	38(50,00)		Referencia	
Estadio II	16(21,05)	24(31,58)	1,66	0,76–3,61	<b>0,198</b>
Estadio III	11(14,47)	7(9,21)	0,70	0,24–2,00	0,513
Estadio IV	7(9,21)	5(6,58)	0,79	0,23–2,71	0,710
Ignorado	1(1,32)	2(2,63)			
<b>Primer resultado del CV<sup>††   </sup></b>					
Suprimido	59(77,63)	55(72,37)		Referencia	
No suprimido	9(11,84)	10(13,16)	1,21	0,45–3,21	0,696
Indetectable	8(10,53)	9(11,84)	1,40	0,48–4,30	0,528
Ignorado	0(0,00)	2(2,63)			
<b>Primer recuento de CD4<sup>+§§</sup></b>					
Variable continua (en cel/mm <sup>3</sup> )	589,63(304,86) <sup>¶</sup>	600,81(285,01) <sup>¶</sup>	1,00	0,99–1,00	0,545
<b>Resultado del CV<sup>††</sup> antes de la pérdida de seguimiento<sup>   </sup></b>					
Suprimido	21(27,63)	18(23,68)		Referencia	
No suprimido	10(13,16)	7(9,21)	0,81	0,25–2,58	0,817
Indetectable	45(59,21)	49(64,47)	1,27	0,60–2,69	0,529
Ignorado	0(0,00)	2(2,63)			

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variable	Caso	Control	Análisis bivariado (crudo)		
	n(%)	n(%)	OR*	IC95%†	valor p‡
<b>Recuento de CD4+<sup>§§</sup> antes de la pérdida de seguimiento</b>					
Variable continua (en cel/mm <sup>3</sup> )	701,47(340,39) <sup>  </sup>	656,73(274,99) <sup>  </sup>	1,00	0,99–1,00	0,449
<b>Infección(ones) oportunista(s)<sup>    </sup></b>					
No	12(15,79)	23(30,26)		Referencia	
Sí	64(84,21)	52(68,42)	0,47	0,21–1,04	<b>0,065</b>
Ignorado	0(0,00)	1(1,32)			
<b>Infección de transmisión sexual<sup>    </sup></b>					
No	47(61,84)	47(61,84)		Referencia	
Sí	29(38,16)	28(36,84)	0,93	0,47–1,81	0,833
Ignorado	0(0,00)	1(1,32)			
<b>Ausencia(s) en la consulta antes de la pérdida de seguimiento</b>					
No	14(18,42)	26(34,21)		Referencia	
Sí	62(81,58)	50(65,79)	0,44	0,20–0,93	<b>0,034</b>

\*OR = Odds ratio (Razón de probabilidades); †IC95% = Intervalo de confianza del 95%; ‡Valor p correspondiente a la prueba chi-cuadrado de Wald; §CTA = Centro de Tratamiento y Asesoramiento; ||TAR = Terapia antirretroviral; ¶Media (desviación estándar); \*\*VIH = Virus de la inmunodeficiencia humana; ††OMS = Organización Mundial de la Salud; ††CV = Carga viral; §§CD4+ = Células del sistema inmunitario (linfocitos); ||||Ignorados excluidos del análisis bivariado

Tabla 3 - Análisis multivariado de las características sociodemográficas, conductuales, clínicas, inmunológicas y de laboratorio de adolescentes y jóvenes que viven con VIH asociadas al retratamiento después de la pérdida de seguimiento. Maringá, PR, Brasil 2024

Variable	Análisis multivariante (ajustado)		
	OR*	IC95%†	Valor p‡
<b>Edad al inicio del seguimiento (en años)</b>	0,78	0,62–0,98	<b>0,039</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino		Referencia	
Femenino	0,12	0,03–0,45	<b>0,001</b>
<b>Religión</b>			
No	3,46	1,52–7,88	<b>0,003</b>
Sí		Referencia	
<b>Vivienda</b>			
Con miembros de la familia		Referencia	
Con amigos(as)	0,70	0,28–1,77	0,464
En la institución	0,72	0,12–0,43	<b>0,004</b>
Solo(a)	0,46	0,04–5,47	0,545
<b>Consumo de alcohol</b>			
No		Referencia	
Sí	0,20	0,08–0,49	<b>&lt;0,001</b>
<b>Diagnóstico en CTA<sup>§</sup></b>			
No	Referencia		
Sí	0,31	0,13–0,74	<b>0,008</b>
<b>Ausencia(s) en la consulta antes de la pérdida de seguimiento</b>			
No		Referencia	
Sí	0,20	0,07–0,52	<b>0,001</b>

\*OR = Razón de probabilidades; †IC95% = Intervalo de confianza del 95%; ‡valor p correspondiente a la prueba chi-cuadrado de Wald; §CTA = Centro de Tratamiento y Asesoramiento

Para este estudio, el AUC fue de 0,82 (IC95%: 0,75-0,88), lo que indica que el modelo funciona bien. Además, el modelo predictivo final mostró alta sensibilidad (81,6%) y especificidad (70,7%).

## Discusión

Entre los factores asociados al retratamiento entre adolescentes y jóvenes que viven con VIH, se evidenció que la variable no tener religión tiene una asociación estadísticamente significativa con el retorno a la atención del VIH. Por otro lado, las variables de edad al inicio del seguimiento, sexo femenino, consumo de alcohol, vivir en una institución, diagnóstico de VIH en el CTA y faltar a las consultas antes del abandono se asociaron estadísticamente con una menor probabilidad de volver al tratamiento.

Los principales resultados de este estudio indican la relevancia de detectar los factores asociados al retratamiento después de la pérdida para el seguimiento, los intrínsecamente relacionados con el contexto de vida de cada adolescente y joven, así como el tratamiento. Todavía son pocos los estudios internacionales que abordan este tema en la actualidad, en vista de la brecha de conocimiento en relación con la investigación dirigida al retorno de la atención del VIH y su relevancia para poblaciones prioritarias, como adolescentes y jóvenes<sup>(8-9,15)</sup>.

El retratamiento después de la pérdida de seguimiento es una etapa crítica de la cascada de tratamiento del VIH, y necesita ser investigado para llegar al paciente después de cualquier fracaso del tratamiento y así facilitar el retorno<sup>(9)</sup>. Además, los cambios demográficos y el aumento esperado en el número de jóvenes que viven con el VIH en los próximos 20 años subrayan la urgencia de desarrollar modelos escalables de prestación de servicios de prevención del VIH junto con el tratamiento<sup>(3)</sup>.

Se observó que no tener una religión aumentaba las posibilidades de volver al tratamiento; Sin embargo, la interpretación debe hacerse con precaución, ya que la religión es una práctica o creencia de fe organizada y/o compartida. Mientras que la espiritualidad se refiere a la forma en que los individuos se relacionan con lo trascendente<sup>(16)</sup>. La relación entre religión, estigma y VIH es ambigua, como se evidencia en diferentes contextos culturales<sup>(17-18)</sup>.

Un estudio realizado en Indonesia identificó que los discursos religiosos conservadores a menudo refuerzan el estigma al asociar el VIH con comportamientos considerados moralmente reprobables, como la homosexualidad, el uso de drogas y la multiplicidad de parejas sexuales, generando vergüenza, culpa y estigma<sup>(17)</sup>. Además, la afiliación religiosa influye en la intensidad del estigma; así, los individuos de tradiciones conservadoras tenían más probabilidades de estigmatizar

a las personas que viven con el VIH en comparación con otras religiones<sup>(18)</sup>.

Cabe destacar que todavía existe una asociación entre el VIH y el castigo divino, lo que intensifica las actitudes discriminatorias y compromete la adherencia al tratamiento. Así, la religión se configura como un factor con un doble efecto: puede reforzar los prejuicios cuando se guía por concepciones moralistas o contribuir a la reducción del estigma y al fortalecimiento del cuidado cuando se basa en discursos de inclusión y solidaridad<sup>(17-18)</sup>.

Este contexto también puede explicarse por el hecho de que las personas que no tienen una religión confían más en la medicina y así mantienen el tratamiento o vuelven a ella. Sin embargo, el deseo de colocar la propia vida bajo los principios de la religiosidad puede haberse originado en la creencia de que se podía salir de una condición de salud difícil, como el VIH<sup>(16)</sup>.

Un estudio realizado en Zimbabwe con jóvenes que viven con el VIH mostró que poner sus vidas bajo la dirección de Dios a través de la religión estaba significativamente relacionado con un mayor fracaso del tratamiento<sup>(16)</sup>.

Además, otra explicación es el hecho de que vivir con el VIH a menudo se asocia con comportamientos pecaminosos y los jóvenes que viven con el VIH, porque no eran considerados inocentes, tampoco eran dignos de protección (por las autoridades eclesásticas)<sup>(16)</sup>, lo que hace que no tengan religión y busquen tratamiento.

De los factores analizados en cuanto a su influencia negativa en el retratamiento, la edad al inicio del seguimiento resultó ser un factor que disminuye las posibilidades de retorno. Sin embargo, es necesaria una verificación más profunda de los posibles determinantes adicionales, ya que el apoyo psicosocial, los familiares y las intervenciones educativas son importantes durante la juventud, lo que les permite tener una comprensión más holística de las conductas de adhesión al tratamiento<sup>(19)</sup>.

Además, los adolescentes y jóvenes que viven con el VIH son influenciados por condiciones externas estrechamente asociadas a ellos, como olvidos y problemas de salud mental, contribuyendo a una adhesión subóptima<sup>(20)</sup>.

Se observó que ser mujer disminuía las posibilidades de que los adolescentes y los pacientes jóvenes que vivían con el VIH volvieran al tratamiento. La diferencia de género puede estar relacionada con el hecho de que las mujeres acceden a más servicios de pruebas de VIH que los hombres, especialmente durante la atención prenatal<sup>(11,21)</sup>. Las mujeres que quedan embarazadas se adhieren al tratamiento porque quieren proteger al bebé se destacan. Un estudio realizado en el sur de Brasil identificó que el embarazo aumentaba las posibilidades de adhesión al tratamiento del VIH<sup>(22-23)</sup>.

En cuanto al hecho de que las mujeres no regresen al tratamiento, puede deberse a los desafíos de ser las principales cuidadoras de los niños y otros miembros de la familia, especialmente frente a la enfermedad. Y el hecho de que cuiden la salud de los familiares a menudo interfiere con la asistencia a las citas y la rutina con el TAR<sup>(11,21)</sup>.

La cuestión de que las mujeres no tengan un trabajo remunerado también puede influir en que no asistan a las consultas y sean retiradas del TAR<sup>(21)</sup>. Además, muchas mujeres tienen dificultad para revelar su estado serológico, por lo tanto, necesitan esconderse mientras toman el TAR y, por lo tanto, terminan olvidándose de tomar el medicamento<sup>(22)</sup>.

Cabe destacar que las desigualdades de género afectan directamente el acceso y la permanencia de las mujeres en el tratamiento. Además, se enfrentan a la sobrecarga de roles sociales, la dificultad de la negociación sexual, la dependencia económica y el estigma moral asociado a la seropositividad femenina; En consecuencia, se observan dificultades no solo en la adherencia inicial, sino también en el retratamiento. Por lo tanto, la feminización del VIH evidencia no solo el aumento de casos entre las mujeres, sino también las barreras simbólicas y estructurales que comprometen su continuidad en la atención<sup>(24-25)</sup>.

Vivir en un centro de tratamiento de drogas y/o detenidos también significa que existe una barrera para la conexión con el tratamiento del VIH debido a la falta de personas sin hogar. Por lo tanto, es necesario aumentar la participación en la atención entre las personas que viven con el VIH, revisando los modelos de prestación de servicios y reforzando el alcance de la prestación de atención tanto para abordar la vivienda como para la reducción de daños y el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias, así como las intervenciones específicas de sexo y género<sup>(25)</sup>.

Un estudio realizado en Canadá muestra que la falta de vivienda se asoció con una reducción del 44% en las probabilidades de progresión general a través de la cascada de atención del VIH, con una reducción del 41% en las probabilidades de recibir TAR y una reducción del 54% en el mantenimiento de la adherencia y el logro de la supresión de la carga viral. Ante esto, se refuerza la necesidad de integración de servicios para abordar los desafíos interseccionales del VIH entre las poblaciones más vulnerables<sup>(26)</sup>.

Además, es importante incentivar la creación de una red de apoyo consolidada para las PVVIH para que puedan ser más perseverantes, seguras y adherirse mejor al tratamiento<sup>(27)</sup>.

La creación de apoyo social entre familiares y amigos, especialmente cuando los prejuicios y el estigma en la comunidad son fuertes, se convierte en una poderosa estrategia para la normalización social<sup>(28-29)</sup>. Por lo tanto,

los profesionales de la salud deben incentivar a sus pacientes a crear nuevas relaciones sociales tanto con aquellos que aceptan el diagnóstico de VIH como con otras personas que viven con el VIH<sup>(28)</sup>. Así, durante la consulta de enfermería en el servicio especializado, el enfermero debe identificar y mapear la red de apoyo del paciente presente en el momento, con el propósito de desarrollar un plan de cuidados e incluirlo en él<sup>(27)</sup>.

El consumo de alcohol también fue un factor que dificultó el retorno a la atención del VIH, debido al deterioro de la memoria prospectiva y al comportamiento interactivo de las creencias de toxicidad/evitación debido al deterioro de la enfermedad física y el comportamiento social. Por lo tanto, se desarrolla dependencia al alcohol, cuya abstinencia causa efectos adversos y, por lo tanto, puede llevar a la no adhesión intencional y no intencional<sup>(30-31)</sup>.

Otra situación que puede interferir con el retratamiento es la estigmatización del consumo de alcohol entre las personas que viven con el VIH que están usando TAR, es decir, la sociedad tiene la percepción de que el consumo de alcohol es vergonzoso e irresponsable debido a los comportamientos del individuo; Así, los efectos negativos del consumo de alcohol en la adhesión al tratamiento se agravan, comprometiendo la eficacia del tratamiento y la progresión de la enfermedad<sup>(32-33)</sup>.

Así, los servicios de salud deben ser conscientes del abuso de alcohol entre las personas que viven con el VIH, especialmente los adolescentes y jóvenes, que, por las características de su propia edad, ya están sujetos a conductas de riesgo para la salud. Dicho esto, es necesario que la atención sea integrada y que pueda rastrear, tratar y monitorear el abuso de alcohol y el VIH, reduciendo así la brecha en el tratamiento y los malos resultados del uso de esta sustancia en todas las etapas de la atención del VIH<sup>(32-33)</sup>.

El diagnóstico en el CTA también influye en el regreso de la atención del VIH y, aunque el servicio respectivo en el que se llevó a cabo este estudio cuenta con asesoramiento, los propios adolescentes y jóvenes tienen que lidiar con el estigma que compromete la capacidad de tomar el TAR abiertamente y sin miedo. Y con una adherencia comprometida, la carga viral no suprimida es casi inevitable. Por lo tanto, la consejería debe resaltar la naturaleza crónica de la enfermedad y la necesidad de tratar con TAR para toda la vida<sup>(34)</sup>.

Un estudio realizado en Uganda muestra que una buena adherencia al TAR es crucial para la supresión de la CV, pero muchos jóvenes no son conscientes de este hecho. Además, los adolescentes que nunca lograron una CV suprimida después de iniciar el tratamiento expresaron preocupación por no conocer la justificación para tomar píldoras periódicamente<sup>(34)</sup>; por lo tanto, este contexto también puede influir en el retratamiento.

La falta de consultas antes del abandono es un factor que reduce las posibilidades de retratamiento entre adolescentes y jóvenes que viven con VIH, y los pacientes que presentan este comportamiento son considerados desviados o no conformes al tratamiento por parte de los profesionales de la salud y del sistema general de salud<sup>(21)</sup>.

Los adolescentes y jóvenes que viven con el VIH necesitan un tratamiento contra el VIH de por vida, y las consultas médicas, las extracciones regulares de sangre y los medicamentos desagradables son cruciales<sup>(35)</sup>. Y además de esto, todavía lidian con contextos físicos, emocionales y sociales que afectan la toma de decisiones y comportamientos relacionados con el seguimiento y la adherencia al tratamiento. Además, la pérdida de seguimiento también empeora desde el inicio de la adolescencia hasta el final de la juventud/adulthood temprana, posiblemente debido a la menor participación de los cuidadores y al aumento de la responsabilidad y autonomía<sup>(35)</sup>.

Una estrategia para reducir las citas perdidas y los retiros del TAR es la prescripción por varios meses (3 o 6 meses) o el uso de nuevas tecnologías, como el TAR inyectable de acción prolongada, que por lo tanto pueden facilitar a los jóvenes conciliar las prioridades de atención al VIH y la vida fuera del servicio especializado<sup>(21)</sup>.

Además, las estrategias adicionales para mejorar la resiliencia y el alcance de los pacientes después de cualquier brecha de tratamiento pueden facilitar el retorno, así como aumentar la conciencia de los gestores y profesionales de la salud para reconocer los esfuerzos de los pacientes para permanecer en el seguimiento<sup>(21,36)</sup>.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se señala el uso exclusivo de datos secundarios de las historias clínicas de adolescentes y jóvenes, que pueden presentar información incompleta y, por lo tanto, sesgo de interpretación.

Las implicaciones para el avance del conocimiento científico en el área de la salud y la enfermería están relacionadas con el desarrollo de un estudio que responda a un vacío de conocimiento dirigido a este público. Los resultados permiten a los enfermeros y otros profesionales de la salud desarrollar un plan de cuidados basado en las necesidades de los pacientes adolescentes y jóvenes con el fin de prevenir el abandono permanente del tratamiento. Se sugieren estudios futuros sobre la reincorporación, es decir, el regreso al tratamiento de adolescentes y jóvenes que viven con el VIH, centrándose en las medidas de estos predictores para investigar sus mecanismos de efecto causal en el retratamiento.

## Conclusión

El retorno al tratamiento de adolescentes y jóvenes que viven con VIH tiene determinantes multifactoriales

asociados al perfil sociodemográfico, conductual y clínico. Se observó que no tener práctica religiosa interfiere con el retratamiento y los factores asociados negativamente con el retorno de este público al servicio fueron ser mujeres, consumir alcohol, vivir en una institución, diagnóstico en la CTA y tener ausentismo en las consultas antes de la pérdida de seguimiento. Estos resultados proporcionan información sobre la necesidad de revisar las prácticas de salud para prevenir la deserción permanente y promover la retención de adolescentes y jóvenes en el tratamiento del VIH. Además, se destaca la necesidad de acciones prácticas, como el fortalecimiento de las políticas públicas externas dirigidas a la vivienda, una mayor inclusión de las mujeres (no solo las embarazadas) y la reducción de los prejuicios en las estrategias de prevención, tratamiento y atención del VIH entre adolescentes y jóvenes.

## Referencias

1. United Nations Children's Fund. Global and regional trends: although strides have been made in the HIV response, children are still affected by the epidemic [Internet]. New York, NY: UNICEF; 2024 [cited 2025 Jan 23]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/global-regional-trends/>
2. Rungmaitree S, Thamniamdee N, Sachdev S, Phongsamart W, Lapphra K, Wittawatmongkol O, et al. The outcomes of transition from pediatrics to adult care among adolescents and young adults with HIV at a tertiary care center in Bangkok. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2022;21:23259582221143673. <https://doi.org/10.1177/23259582221143673>
3. Shahmanesh M, Chimbini N, Busang J, Chidumwa G, Mthiyani N, Herbst C, et al. Effectiveness of integrating HIV prevention within sexual reproductive health services with or without peer support among adolescents and young adults in rural KwaZulu-Natal, South Africa (Isisekelo Sempilo): 2x2 factorial, open-label, randomised controlled trial. *Lancet HIV*. 2024;11(7):e449-e460. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(24\)00119-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(24)00119-X)
4. Smith T, Seeley J, Shahmanesh M, Psaros C, Munikwa C, Ngwenya N. Influences on decision-making about disclosure of HIV status by adolescents and young adults living with HIV in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J AIDS Res*. 2023;22(4):306-15. <https://doi.org/10.2989/16085906.2023.2277358>
5. Toska E, Zhou S, Chen-Charles J, Gittings L, Operario D, Cluver L. Factors associated with preferences for long-acting injectable antiretroviral therapy among adolescents and young people living with HIV in South Africa. *AIDS Behav*. 2023;27(7):2163-75. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03949-2>

6. Haas AD, Lienhard R, Didden C, Cornell M, Folb N, Boshomane TMG, et al. Mental health, ART adherence, and viral suppression among adolescents and adults living with HIV in South Africa: a cohort study. *AIDS Behav.* 2023;27(6):1849-61. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03916-x>
7. Piran CMG, Magalhães LG, Shibukawa BMC, Rissi GP, Merino MDFGL, Furtado MD. Treatment non-adherence or abandonment among adolescents and young individuals living with HIV/AIDS: a scoping review. *Aquichan.* 2023;23(2):e2322. <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.2.2>
8. Beres LK, Mwamba C, Bolton-Moore C, Kennedy CE, Simbeza S, Topp SM, et al. Trajectories of re-engagement: factors and mechanisms enabling patient return to HIV care in Zambia. *J Int AIDS Soc.* 2023;26(2):e26067. <https://doi.org/10.1002/jia2.26067>
9. Martinez-Guerra BA, Valdez-Ventura R, Caro-Vega Y, Sierra-Madero JG, Crabtree-Ramírez BE. Gaps in the continuum of care in HIV-positive adults and the need for caution in those returning to care after loss to follow-up. *AIDS Care.* 2023;35(10):1604-11. <https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2150139>
10. Mtisi EL, Mushy SE, Mkawe SG, Ndjovu A, Mboggo E, Mlay BS, et al. Risk factors for interruption in treatment among HIV-infected adolescents attending health care and treatment clinics in Tanzania. *AIDS Res Ther.* 2023;20(1):19. <https://doi.org/10.1186/s12981-023-00512-4>
11. Tesha ED, Kishimba R, Njau P, Revocutus B, Mmbaga E. Predictors of loss to follow-up from antiretroviral therapy among adolescents with HIV/AIDS in Tanzania. *PLoS One.* 2022;17(7):e0268825. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268825>
12. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *BMJ.* 2007;335(7624):806. <https://doi.org/10.1136/bmj.39335.541782.AD>
13. World Health Organization. Adolescent health [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2024 Jul 7]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/>
14. Biblioteca Virtual de Saúde, Descritores em Ciências da Saúde. Retratamento [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 7]. Available from: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=33109>
15. Calabrese S, Perkins M, Lee S, Allison S, Brown G, Jean-Philippe P, et al. Adolescent and young adult research across the HIV prevention and care continua: an international programme analysis and targeted review. *J Int AIDS Soc.* 2023;26(3):e26065. <https://doi.org/10.1002/jia2.26065>
16. Wüthrich-Grossenbacher U. Young people living with HIV in Zimbabwe use the conventional, religious, and traditional health systems in parallel: findings from a mixed methods study. *Religions (Basel).* 2024;15(2):239. <https://doi.org/10.3390/rel15020239>
17. Hutahaeen BSH, Stutterheim SE, Jonas KJ. Religion, faith, and spirituality as barriers and facilitators to antiretroviral therapy initiation among people with HIV in Indonesia. *AIDS Patient Care STDS.* 2025;39(4):160-172. <https://doi.org/10.1089/apc.2024.0245>
18. Lane BL, Sabuncu C, Yang Y, Okantey B, Campbell DN, Bryant TR, et al. Discrimination and mental health among Black and Latino people living with HIV: understanding the role of religion and spirituality. *AIDS Behav.* 2025;29:2610-20. <https://doi.org/10.1007/s10461-025-04720-z>
19. Mtisi TJ, Kouamou V, Morse GD, Dzinamarira T, Ndhlovu CE. Comparing pill counts and patient self-reports versus DBS tenofovir concentrations as ART adherence measurements with virologic outcomes and HIV drug resistance in a cohort of adolescents and young adults failing ART in Harare, Zimbabwe. *J Infect Public Health.* 2024;17(9):102500. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2024.102500>
20. Nantambi LB, Suubi M. Assessment of factors affecting adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected adolescents attending ART clinic at Kajjansi Health Centre IV, Wakiso District: a cross-sectional study. *Stud J Health Res Afr.* 2023;4(6):1-14. <https://doi.org/10.51168/sjhrafrica.v4i6.435>
21. Chamberlin S, Mphande M, Phiri K, Kalande P, Dovel K. How HIV clients find their way back to the ART clinic: a qualitative study of disengagement and re-engagement with HIV care in Malawi. *AIDS Behav.* 2022;26(3):674-85. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03427-1>
22. Zurbachew Y, Hiko D, Bacha G, Merga H. Adolescents' and youths' adherence to antiretroviral therapy for better treatment outcome and its determinants: multi-center study in public health facilities. *AIDS Res Ther.* 2023;20(1):91. <https://doi.org/10.1186/s12981-023-00588-y>
23. Martins RS, Knauth DR, Vigo A, Fisch P. Marker events associated with adherence to HIV/AIDS treatment in a cohort study. *Rev Saude Publica.* 2023;57:20. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004219>
24. Lourenço GO, Amazonas MCLA, Lima RDM. Neither a saint nor a whore, just a woman: the feminization of HIV/AIDS and the seropositivity experience. *Sex Salud Soc (Rio J).* 2018;30:262-81. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.13.a>
25. Sharp A, Sorokopud-Jones M, Haworth-Brockman M, Kasper K, MacKenzie L, Ireland L, et al. Sex differences in houselessness, injection drug use, and mental health conditions among people newly diagnosed with HIV in Manitoba, Canada from 2018 to 2021: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health Am.* 2024;36:100805. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100805>

26. Reddon H, Fairbairn N, Grant C, Milloy MJ. Experiencing homelessness and progression through the HIV cascade of care among people who use drugs. *AIDS*. 2023;37(9):1431-40. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003570>
27. andu JBS, Teston EF, Andrade GKS, Marcon SS. Coping with the health condition from the perspective of people with HIV who abandoned treatment. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(Suppl 2):e20210958. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0958>
28. Roy M, Czaicki N, Holmes C, Chavan S, Tsitsi A, Odeny T, et al. Understanding sustained retention in HIV/AIDS care and treatment: a synthetic review. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2016;13(3):177-85. <https://doi.org/10.1007/s11904-016-0317-9>
29. Souza VB, Lima ALS, Harmuch C, Bertozzi LC, Ignachewski AJ, Barbosa C, et al. Social representations of primary care nurses on "being young" and prevention of HIV. *Cienc Cuid Saude*. 2024;23:e67898. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v23i0.67898>
30. Woolf-King SE, Sheinfil AZ, Ramos J, Foley JD, Moskal D, Firkey M, et al. A conceptual model of alcohol use and adherence to antiretroviral therapy: systematic review and theoretical implications for mechanisms of action. *Health Psychol Rev*. 2022;16(1):104-33. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1806722>
31. Lopez CM, Moreland A, Goodrum NM, Davies F, Meissner EG, Danielson CK. Association of mental health symptoms on HIV care outcomes and retention in treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;82:41-6. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.03.003>
32. Perazzo H, Gonçalves JL, Cardoso SW, Grinsztejn B, Veloso VG, Luz PM. Pathways to poor adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV: the role of food insecurity and alcohol misuse. *AIDS Behav*. 2024;28(4):1173-85. <https://doi.org/10.1007/s10461-023-04141-w>
33. Aurbibul L, Kosalaraksa P, Kawichai S, Lumbiganon P, Ounchanum P, Songtaweasin WN, et al. Alcohol use, suicidality and virologic non-suppression among young adults with perinatally acquired HIV in Thailand: a cross-sectional study. *J Int AIDS Soc*. 2023;26(2):e26064. <https://doi.org/10.1002/jia2.26064>
34. Izudi J, Cattamanchi A, Castelnuovo B, King R. Barriers and facilitators to viral load suppression among people living with HIV following intensive adherence counseling in Kampala, Uganda: a qualitative study. *Soc Sci Med*. 2024;343:116595. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116595>
35. Yusuf H, Agwu A. Adolescents and young adults with early acquired HIV infection in the United States: unique challenges in treatment and secondary prevention. *Expert*

*Rev Anti Infect Ther*. 2021;19(4):457-71. <https://doi.org/10.1080/14787210.2021.1829473>

36. Beres LK, Schwartz S, Simbeza S, McGready J, Eshun-Wilson I, Mwamba C, et al. Patterns and predictors of incident return to HIV care among traced, disengaged patients in Zambia: analysis of a prospective cohort. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2021;86(3):313-22. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002554>

## Contribución de los autores

### Criterios obligatorios

**Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas:**

Camila Moraes Garollo Piran, Alana Vitória Escritori Cargnin, Mariana Martire Mori, Rosana Rosseto de Oliveira, João Manuel Graça Frade, Marcela Demitto Furtado.

### Contribuciones específicas

**Curación de datos:** Camila Moraes Garollo Piran, Alana Vitória Escritori Cargnin, Mariana Martire Mori, Rosana Rosseto de Oliveira, João Manuel Graça Frade, Marcela Demitto Furtado. **Obtención de financiación:** Camila Moraes Garollo Piran, Alana Vitória Escritori Cargnin, Mariana Martire Mori, Rosana Rosseto de Oliveira, João Manuel Graça Frade, Marcela Demitto Furtado. **Supervisión y gestión del proyecto:** Camila Moraes Garollo Piran, Alana Vitória Escritori Cargnin, Mariana Martire Mori, Rosana Rosseto de Oliveira, João Manuel Graça Frade, Marcela Demitto Furtado.

**Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.**

### Declaración de Disponibilidad de Datos

**Todos los datos generados o analizados durante este estudio están incluidos en este artículo publicado.**

Recibido: 11.03.2025

Aceptado: 15.09.2025

Editor Asociado:  
Omar Pereira de Almeida Neto

Copyright © 2026 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autora de correspondencia:

Camila Moraes Garollo Piran

E-mail: [camilagarollo@gmail.com](mailto:camilagarollo@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-9111-9992>